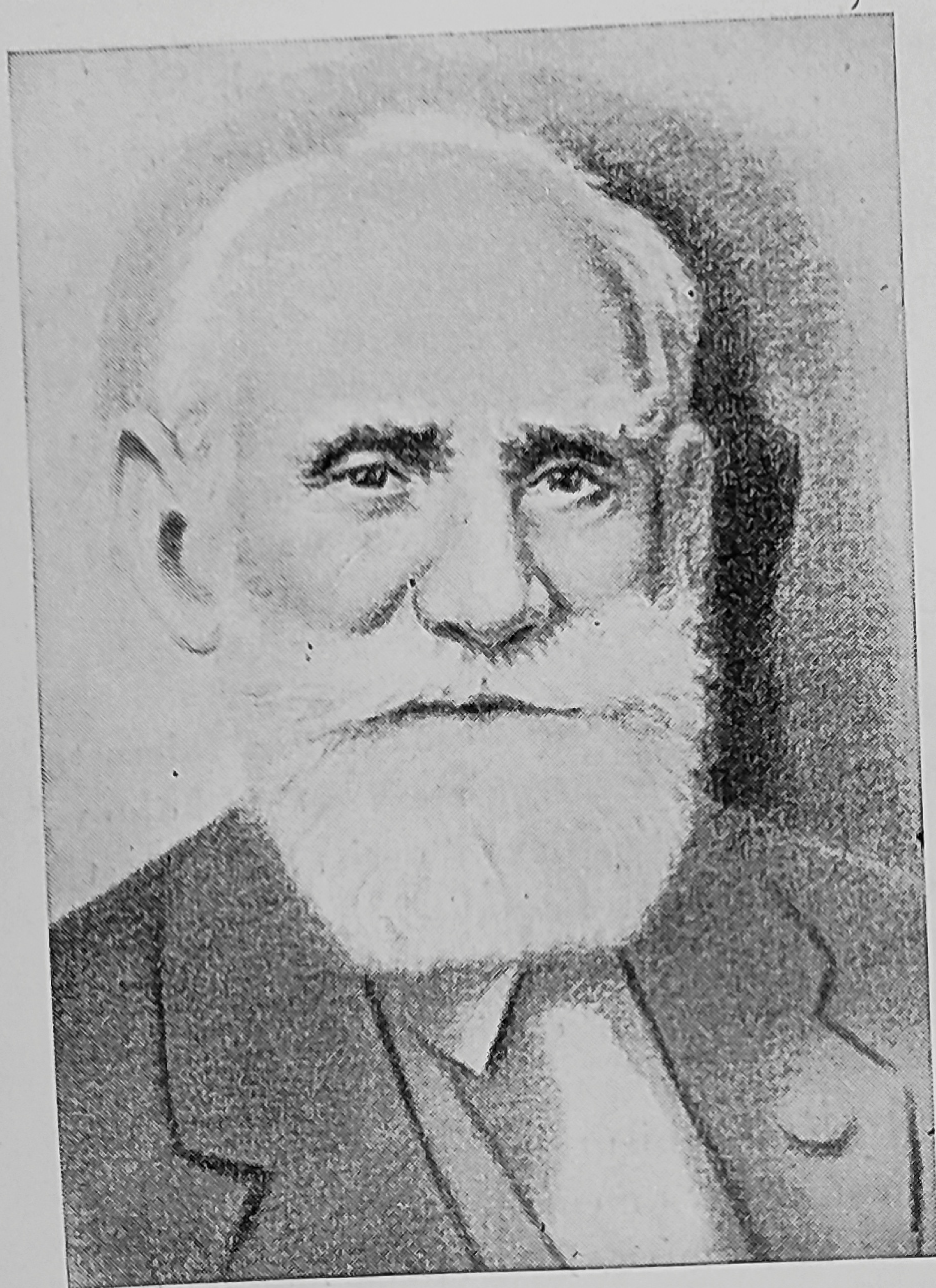


Fig. 1. — I. P. Pavlov magister fiziologicorum. Învățătura fiziologică a lui I. P. Pavlov stă la baza chirurgiei moderne.

Chirurgia funcțională cere ca operația să se execute în asemenea condiții, încît să corespundă stării fiziopatologice a organismului în momentul operației. Pentru a aplica chirurgia funcțională, se impune o adîncă cunoaștere a organismului și a legăturilor lui cu mediul înconjurător, a mijloacelor fiziologice de adaptare la mediu și a modului în care acestea sînt schimbate în timpul bolii. Învățătura fiziologică a lui I. P. Pavlov ne arată că îmbolnăvirea este rezultatul unor excitații neobișnuite a receptorilor organismului produsă de factorii mediului înconjurător, dar în același timp cuprinde în sine și mijloacele de vindecare sau compensare a leziunilor produse de boală. Nu se poate face chirurgie funcțională fără cunoașterea mecanismelor fiziopatologice care produc îmbolnăvirea și vindecarea organismului.

Cîteva exemple: litiaza căilor biliare este expresia locală a unei boli generale care tulbură adînc metabolismul întregului organism. Reacțiile proprii ale organismului, singure sau ajutate de tratamentul medical, pot duce la vindecarea tulburărilor de metabolism din organism. Calculii biliari apar ca urma bolii care le-a dat naștere și care s-a vindecat. Ei pot rămîne timp îndelungat fără să producă nici o suferință. Dacă însă se adaugă o infecție sau alte cauze, acești calculi devin focare de reflexe patologice, bolnavul începe să sufere, se poate pune problema unei operații. Un chirurg care judecă fiziologic, înainte de a se hotărî pentru operație, își va pune în primul rînd întrebarea dacă vezicula biliară este sau nu exclusă sau cu alte cuvinte, dacă lipsa funcțiilor veziculei biliare a fost sau nu compensată. N. Fedorov se exprima foarte plastic «vezicula biliară nu este o glumă a naturii». Ea are funcții însemnate care, întrerupte brusc, produc suferințe grave. Dacă funcțiile veziculei biliare au fost compensate, se poate face colecistectomia, care va da rezultate bune; în caz contrar, aceeași operație va face pe bolnav să sufere mai departe și uneori mai rău. Mai mult, chirurgul care gîndește fiziologic își va pune întrebarea dacă tulburările de metabolism care au produs calculii biliari s-au vindecat sau continuă să evolueze. În caz că tulburările de metabolism sînt vindecate, operația pentru scoaterea calculilor va da rezultat bun. Dacă operația se face în timp ce tulburările de metabolism continuă să evolueze, vor apărea noi calculi, ceea ce va duce la operații iterative.

Litiaza biliară se însoțește totdeauna de un grad oarecare de insuficiență hepatică, de aceea trebuie explorate cu grijă funcțiile ficatului. În caz că sînt insuficiente, ele trebuie compensate prin mijloace terapeutice; altfel operația poate fi urmată de o insuficiență circulatorie deosebit de primejdioasă pentru bolnav.

Ulcerul gastro-duodenal este o suferință al cărei mecanism fiziopatologic este deosebit de complex. Teoria cortico-viscerală a lui Bîkov și Kurțin aruncă o lumină nouă asupra fiziopatologiei acestei boli. Rezecția gastrică îndepărtează, odată cu ulcerul, un segment de stomac și prin aceasta înlătură un puternic focar de reflexe patologice, ajutînd mijloacele de compensare ale organismului. Operația trebuie însă făcută numai cînd tulburările dinamicii

corticale s-au restabilit, iar boala locală apare ca o urmă a procesului patologic care i-a dat naştere. Rezultatul operaţiei în aceste condiţii va fi bun; în caz contrar, bolnavul va continua să sufere, va face alte manifestări viscerale sau recidivă de ulcer. Rezecţia de stomac îşi păstrează toată valoarea atunci cînd se ţine seamă de datele fiziopatologice, în timp ce, practicată fără a ţine seama de aceste date, este urmată de tulburări.

Înainte ca gîndirea fiziologică să fi fost introdusă în chirurgie, chirurgul îşi punea întrebări privind anestezia, căile de acces, tactica operaţiei etc. Gîndirea fiziologică îl obligă să-şi pună şi o serie de alte probleme. Operaţia vindecă sau nu boala? Momentul operaţiei este bine ales? Operaţia este în concordanţă cu mijloacele fiziologice de compensare sau, dimpotrivă, le tulbură şi mai mult? Fără a intra în amănunte şi a înmulţi exemplele, se poate spune că operaţia trebuie înţeleasă ca un mijloc de a influenţa procesul fiziopatologic, de a grăbi vindecarea şi compensarea leziunilor produse de boală, şi nu ca un scop în sine. Operaţia pe care o executăm trebuie aleasă în funcţie de stadiul bolii, trebuie sprijinită pe o cunoaştere adîncă a mecanismelor fiziopatologice şi proporţionată condiţiilor de reactivitate ale organismului în momentul dat.

Operaţia este un puternic traumatism psihic şi un excitant supraliminal al receptorilor din organism. Bolnavul priveşte cu grijă operaţia pe care trebuie s-o suporte; este neliniştit, apar insomnii, dereglarea schimburilor metabolice şi endocrine; la unele femei, grija pentru operaţie tulbură ciclul menstrual. Toate acestea arată influenţa pe care traumatismul psihic o are asupra schimburilor din organism.

Traumatismul psihic se exteriorizează clinic diferit, după tipul de activitate nervoasă a bolnavului. Starea psihică poate fi uneori foarte primejdioasă, de aceea trebuie să se dea o atenţie deosebită stării psihice preoperatorii. Sedativele sistemului nervos, şi mai ales încrederea pe care o capătă bolnavul în cel care-l operează, sînt calmante ale sistemului nervos. Anestezia este necesară unei operaţii; bolnavul o priveşte adesea cu îngrijorare. Cercetările au arătat că anestezia cea mai bună este aceea care influenţează cei doi poli ai sistemului nervos: receptorii şi scoarţa cerebrală.

Narcoza îl scoate pe bolnav din lumea înconjurătoare, îl face să nu simtă durerea, dar nu întrerupe reflexele plecate din regiunea operată. Tracţiunea pe mezouri, răcirea intestinului şi a peritoneului, produc reflexe care modifică tensiunea arterială şi schimburile capilare, formula leucocitară, etc. Hortolomei şi colaboratorii au arătat că anestezia mezourilor şi a peritoneului este necesară pentru a îndepărta sau cel puţin pentru a scădea aceste reflexe. Rahianestezia, cu toate calităţile ei, nu întrerupe reflexele produse de tracţiunea pe mezouri şi trebuie completată cu infiltrarea mezourilor cu novocaină. Anestezia locală, cu toată insensibilitatea pe care o dă, produce bolnavului o tensiune nervoasă, o suferinţă psihică; de aceea este necesar ca ea să fie completată cu o bună anestezie de bază. Progresele moderne în anestezie, intubaţia, anestezia în circuit închis, respiraţia dirijată, folosirea curarizantelor, hipotensiunea dirijată, au adus îmbunătăţiri anesteziei, au lărgit imens posibilităţile operatorii, dar n-au înlăturat complet reflexele patologice provocate de excitarea receptorilor cîmpului operator. De aici şi orientarea studiilor morfo-fiziologice pentru cunoaşterea receptorilor, a fiziologiei lor şi a posibilităţilor de a preîntîmpina reflexele inhibitorii.

Excitarea puternică şi prelungită cauzată de operaţie produce dereglări ale activităţii întregului organism, care în formele grave duc la apariţia şocului operator. Mult timp tulburările provocate de reflexele pornite din cîmpurile receptoare au fost înregistrate static şi socotite ca tulburări umorale datorite operaţiei. Leriche a introdus termenul de boală operatorie pentru toate aceste modificări biochimice. Cercetările şcolii sovietice (N. N. Petrov, A. Asratian, Bakulev) au arătat că toate aceste modificări sînt datorite şocului.

Înțelegerea șocului și a mijloacelor de prevenire și combatere a lui a dat chirurgului o mai mare siguranță în ceea ce privește îngrijirea postoperatorie. Reanimarea, pusă la punct experimental și verificată în practică de Negovski, a extins posibilitățile de a salva bolnavi chiar în stări extreme de moarte clinică. Combaterea șocului a devenit posibilă numai prin folosirea pe scară largă a transfuziei de sînge, plasmă și substituenți ai sîngelui. Lucrările școlii lui Samov și Bagdasarov au făcut din transfuzie o metodă practică și la îndemîna oricărui medic. Transfuzia intraarterială s-a dovedit o puternică metodă de reanimare. Impulsurile plecate de la receptorii arteriali sînt un puternic excitant al centrilor cardiac și respirator. Metoda se extinde din ce în ce mai mult.

Infecția intra- și postoperatorie poate fi astăzi evitată. Operația făcută în condiții de sterilizare perfectă și sub protecția antibioticelor a redus pericolul infecției și al gravelor ei urmări (șocul toxiinfecțios). Folosirea antibioticelor n-a scăzut cu nimic însemnătatea asepsiei; de aceea, ea trebuie înțeleasă ca un ajutor de mare însemnătate, dar care n-a înlocuit și nu va putea înlocui asepsia.

Reanimarea și antibioticele au pus în discuție revizuirea drenajului chirurgical. Acesta s-a restrîns, dar nu poate fi înlocuit. În colecțiile bine limitate, drenajul este cel mai bun antibiotic. În infecțiile seroaselor, peritoneului și pleurei, indicațiile drenajului, cel puțin în stadiile de început, s-au restrîns foarte mult.

În condițiile actuale de anestezie și reanimare, și sub protecția antibioticelor, chirurgia și-a extins mult cîmpul de acțiune. Operațiile pe plămîn, esofag și inimă au devenit o realitate și ele se extind din ce în ce mai mult. Chirurgia a lărgit foarte mult operațiile, trecînd uneori la excese, «operațiile formidabile», ca: pelvectomia totală, gastrectomia concomitentă cu pancreatectomia, splenectomia și colectomia, etc., operații ce se fac pentru neoplasmele întinse. Acest fel de operații nu dovedesc altceva decît posibilitățile imense pe care le oferă reanimarea bolnavului, și lipsa de înțelegere a proceselor fiziopatologice, căci rezultatul lor îndepărtat rămîne fără valoare. Astăzi, crește din ce în ce numărul celor care critică «operațiile formidabile» și care arată că în cancer, nu lărgirea operației este soluția cea mai bună ci, dimpotrivă, diagnosticul timpuriu care să permită operații limitate și supraviețuiri cît mai îndelungate. Pe cît de nelimitate sînt posibilitățile chirurgiei moderne de a lărgi o operație, tot pe atît de însemnate sînt posibilitățile organismului de a compensa și a se adapta noilor condiții create.

Chirurgia modernă, dar mai ales orientarea fiziologică a chirurgiei, cere din partea chirurgului o pregătire cu totul specială. Chirurgului modern i se cer cunoștințe multilaterale și foarte exacte.

Un chirurg trebuie să fie în primul rînd un clinician desăvîrșit, să cunoască patogenia și evoluția bolilor, căci numai astfel poate interveni în momentul cel mai potrivit și în condițiile cele mai prielnice unei bune vindecări a bolnavului.

Chirurgul trebuie să fie un anatomist perfect; cunoașterea anatomiei îi dă siguranța actului operator, îi conduce mișcările în cazurile complicate.

Cunoașterea anatomiei îl eliberează de robia tehnicilor standard și îi îngăduie să adapteze tehnica operatorie noilor condiții create de procesul patologic.

Chirurgul modern trebuie să cunoască fiziologia și să gîndească fiziologic. Fiecare organ și țesut pe care-l atinge, produce o seamă de reflexe care pot tulbura adînc metabolismul organismului. Dacă anatomia îi dă siguranța actului operator, fiziologia îi îngăduie să înțeleagă mecanismele de vindecare și compensare ale leziunilor produse de boală și să privească operația ca una dintre metodele de influențare în bine a mecanismelor fiziologice de vindecare.

Chirurgul trebuie să cunoască fiziopatologia, să cunoască trecerea, schimbările mecanismelor fiziologice, în cazul îmbolnăvirii. Tratamentul chirurgical care nu se sprijină pe

cunoaşterea mecanismelor fiziopatologice rămîne supus hazardului şi oricînd pot apărea „surprize“.

★

Chirurgia, cu toate succesele ei remarcabile, a rămas totuşi pe principiul exerezei. În stadiul actual, chirurgia a reuşit să abordeze toate viscerele şi să extirpe organe întregi, obţinînd vindecarea operatorie a bolnavului. Viitorul chirurgiei se întrevede în sensul înlocuirii organelor bolnave şi al refacerii cît mai aproape de normal a funcţiilor pierdute. S-a dezvoltat şi se dezvoltă din ce în ce mai mult chirurgia plastică. Operaţiile pe articulaţii tind, nu numai să vindece boala, dar să şi păstreze integritatea funcţională a articulaţiilor. În tuberculoza osteo-articulară, principiul de bază a fost pînă în ultimul timp obţinerea unei anchiloze. Chirurgia modernă a obţinut, nu numai vindecarea tuberculozei osteo-articulare, dar şi păstrarea cît mai aproape de normal a tuturor mişcărilor articulaţiei.

Chirurgia experimentală studiază şi a obţinut succese în transplantarea de organe. Institutul de chirurgie «A. A. Vişnevski» a reuşit să trasplanteze plămînul şi inima în asemenea condiţii, încît aceste organe să continue să fucţioneze. La noi în ţară, Hortolomei, Ghiţescu şi colaboratorii au realizat experimental transplantarea unui rinichi care a continuat să funcţioneze cîteva săptămîni. Transplantarea organelor este încă la început, dar ea arată că, în viitor, înlocuirea organului bolnav, scos din funcţiune, va fi posibilă.

ISTORICUL CHIRURGIEI

Pentru a străbate spre primele începuturi ale chirurgiei este bine să precizăm mai întîi adevăratul sens al noțiunii de chirugie.Trebuie făcută deosebirea între anumite manopere chirurgicale întîmplătoare și actul chirurgical propriu-zis îndeplinit cu scop de vindecare.

Putem vorbi despre chirurgie din momentul cînd putem stabili cu siguranță că intervențiile făcute au avut o explicație cauzală, iar scopul urmărit era vindecarea bolnavului.

Pe de altă parte, evoluția chirurgiei nu poate fi privită izolat, ci trebuie legată de evoluția generală a societății. Este neîndoielnic că orînduirea socială a unei epoci și suprastructura corespunzătoare au avut o influență hotărîtoare în toate domeniile științei, deci și în medicină. Evoluția chirurgiei trebuie studiată paralel cu evoluția celorlalte ramuri ale medicinei, deoarece descoperirile făcute într-una din ramuri au ușurat și au grăbit mersul înainte al chirurgiei.

Cu toată legătura strînsă dintre diferitele discipline medicale, trebuie semnalată partea de patologie proprie chirurgiei, din care fac parte fracturile, luxațiile și rănile. Este însemnat acest lucru, fiindcă patologia specială chirurgicală — prin caracterul ei obiectiv, concret — a contribuit mult la îndepărtarea cauzelor supranaturale în etiologia bolilor.

Pentru a ajunge la o medicină științifică, îndepărtarea interpretărilor mistice a fost o condiție esențială. Chirurgia a avut totdeauna împrejurări mai prielnice decît celelalte ramuri ale științei medicale de a se elibera de lanțurile gîndirii idealiste.

În decursul istoriei, chirurgia cunoaște două descoperiri care i-au hotărît înaintarea rapidă, imprimîndu-i adevărate salturi calitative: una este *descoperirea anesteziei generale* (1847), cealaltă este *descoperirea antisepsiei* (1867).

CHIRURGIA ÎN COMUNA PRIMITIVĂ

Dacă cunoașterea chirurgiei este mai ușoară pentru epocile apropiate, despre care avem un material documentar destul de bogat, nu tot așa se pune problema pentru comuna primitivă, de la care avem puține izvoare istorice, și acestea nesigure.

Este o greșeală de a da explicații științifice unor intervenții care în mod neîndoielnic au fost executate de oamenii comunei primitive. S-au găsit peste o sută de cranii prezentînd urme de trepanație. Oamenii au supraviețuit intervenției — dovadă cicatricea osoasă de la marginea orificiului de trepanație. Aceste intervenții nu trebuie înțelese ca datorite unei indicații raționale, ci ca mutilări sîngerînde, care corespundeau anumitor cerințe ale religiei. Aici avem de-a face, desigur, cu o intervenție chirurgicală, intenția este însă magică. Această interpretare a datelor este logică, dacă ținem seama de nivelul și obiceiurile societății primitive.

De un real folos sînt studiile privind orînduirea socială a triburilor sălbatice. Acestea, departe de orice urmă de civilizaţie, trăiau în condiţii asemănătoare celor din comuna primitivă. Trepanaţiile practicate de unele triburi sălbatice din Peru, subincizia australienilor, nu sînt altceva decît mutilaţii rituale.

Dacă intervenţiile de mai sus prezintă numai o valoare relativă din punct de vedere chirurgical, primitivii practicau însă şi o chirurgie adevărată, al cărei scop era terapeutic. Metodele erau simple şi izvorîte din instinct. Practica lor a corespuns unor necesităţi. Se făceau de pildă, reducerea şi imobilizarea unei fracturi; acest fel de tratament s-a impus prin simpla observaţie şi ca o manifestare a instinctului de conservare. Un accident însoţit de fractura unui membru este o stare nouă, neplăcută, dureroasă. Instinctiv, omul caută să înlăture durerea şi pentru aceasta imobilizează piciorul.

Un alt exemplu: primitivii practicau incizia abceselor superficiale: la baza acestei terapii chirurgicale stătea tot observaţia că durerea dispare după golirea spontană a abcesului.

Folosirea pansamentului s-ar putea explica în felul următor: rana dă naştere unei hemoragii; instinctul dictează acoperirea şi apăsarea rănii, pentru a opri sîngerarea. Rostul primelor pansamente a fost deci hemostaza.

Încă din această epocă se întîlneşte lupta dintre cele două concepţii antagoniste: materialismul, realist, bazat pe observaţia obiectivă, şi misticismul, idealist, în care dominau superstiţia şi vrăjile.

CHIRURGIA ÎN ORÎNDUIREA SCLAVAGISTĂ

Paralel cu schimbarea structurii societăţii, prin creşterea nivelului cultural, prin acumularea de experienţă şi prin dezvoltarea spiritului de observaţie s-a făcut trecerea de la chirurgia primitivă, haotică, la o chirurgie mai organizată. Chirurgia a luat diverse aspecte în legătură cu condiţiile specifice de dezvoltare a diferitelor popoare.

În *Mesopotamia*, medicina reprezenta o preocupare importantă. *Codul lui Hammurabi*, care datează din secolul al XX-lea înaintea erei noastre, arată, între altele, răsplata ce i se cuvenea chirurgului, «omul cu cuţitul de bronz», dacă vindeca ochiul bolnavului, şi pedeapsa, care consta în tăierea mîinilor, în caz că bolnavul îşi pierdea vederea. Codul prevedea pedepse cu mult mai blînde pentru operaţiile nereuşite făcute sclavilor. Aceste documente dovedesc că practicile chirurgiei atinseseră o mare frecvenţă. Era probabil vorba de operaţii de cataractă sau cauterizări în conjunctivita granuloasă, boli obişnuite în ţările nisipoase şi puternic însorite.

În general însă, medicina Mesopotamiei rămîne impregnată de credinţe supranaturale şi de interpretări astrologice. Izvoare istorice asiriene arată că medicii erau constrînşi să accepte amestecul preoţilor în meseria lor. Trebuie însă observat că medicul nu lăsa vindecarea pe seama divinităţii. În majoritatea cazurilor, el intervenea activ, prin acţiuni proprii, chiar dacă acestea erau îmbrăcate într-o formă mistică. Astfel, ne-a rămas o formulă magică împotriva durerilor de dinţi, care, pe lîngă puterea sugestivă pe care o exercită, cuprinde adevăratul principiu activ: plomba anesteziantă compusă din hyosciamus şi mastix.

Spre deosebire de vechea medicină orientală, care se dezvolta într-un ritm deosebit de încet, încătuşată de o sumedenie de precepte şi interpretări mistice, dependentă de o castă uriaşă de preoţi, evoluţia medicinei greceşti atinge culmi nebănuite.

Medicina greacă a fost şi ea influenţată de cea orientală, prin metodele aduse de medicii greci care au vizitat Orientul. Cele mai însemnate şcoli medicale ale Greciei antice au funcţionat în Rodos, Kos şi Knidos. Aceste oraşe au fost totodată principale centre comerciale şi de comunicaţie cu Orientul. Cu toate acestea, medicina greacă a urmat un drum

deosebit și poate fi pe drept cuvînt considerată ca prima medicină întemeiată pe baze științifice.

Cauza acestei noi orientări a medicinei Greciei antice trebuie căutată în condițiile diferite în care s-au dezvoltat știința și arta acestui popor. În Grecia antică, aristocrația funciară, clasa dominantă, avea interesul de a îngrădi evoluția științelor, de a limita știința la interpretări idealiste, tocmai pentru a-și asigura păstrarea privilegiilor. O altă parte a aristocrației, interesată în dezvoltarea forțelor de producție, reprezintă elementul progresist și este exponenta curentului materialist. Față de medicina orientală, mult înfrînată de religia atotputernică, instrument al clasei dominante, cea greacă a fost mai puțin influențată de religie datorită dezvoltării gîndirii materialiste.

Documentul principal pentru studiul istoriei chirurgiei în perioada în care aceasta devine o știință este *colecția hippocratică*. Ea reprezintă o descriere a metodelor medicale întrebuințate la sfîrșitul secolului al V-lea î.e.n. Operele chirurgicale ale colecției hippocratice se ocupă de articulații, fracturi, rănirile capului, răni în general, hemoroizi și fistule.

Este surprinzător spiritul de observație metodică, preocuparea permanentă de a lega simptomele de leziunile concomitente și de a exclude intervenția oricărei cauze supranaturale, atît în producerea bolii, cît și în rezultatul tratamentului.

Studiul minunat al leziunilor traumatice musculare și osteo-articulare se explică prin marea dezvoltare pe care au luat-o artele plastice, care cereau un studiu amănunțit al anatomiei formelor umane.

Frecvența jocurilor și exercițiilor militare, practicate de tineret, explică numeroasele luxații și fracturi. În colecția hippocratică, acestea sînt cele mai bine puse la punct; se găsește acolo tratamentul care timp de douăzeci și cinci de secole a rămas aproape neschimbat.

Se știe că disecția cadavrelor umane era interzisă la vechii greci, fiind considerată de religie ca un sacrilegiu. Interesul clasei dominante de a îngrădi cunoașterea științifică a adus cu sine, atît o insuficientă cunoaștere a anatomiei, cît și limitarea intervențiilor chirurgicale.

Dezvoltarea mai departe a chirurgiei a fost frînată de lipsa de cunoștințe anatomice. Studiul anatomiei nu a putut lua avînt decît în perioada școlii din Alexandria, cînd chirurgii greci, înarmați cu principiile sănătoase ale școlii hippocratice și departe de opreliștile religioase din patria lor, întreprind studii serioase și sistematice de anatomie umană.

Herofil și Erasistrat fac primele disecții umane sistematice. De atunci datează o serie de descrieri amănunțite ale viscerelor, în special ale sistemului nervos central.

Prin scrierile lui Celsus s-a păstrat și transmis știința anatomică, medicală și chirurgicală a grecilor din Alexandria și a urmașilor lor. Aici găsim descrieri excelente ale inflamației, supurației, precum și ale operațiilor chirurgicale importante, cum sînt: autoplastiile, intervențiile din rănile penetrante ale abdomenului, tratamentele operatorii ale hidrocelului, herniilor, calculozei vezicale, varicelor și altele.

Contribuția școlii din Alexandria a fost atît de mare, încît a dat un impuls puternic evoluției chirurgiei, timp de mai bine de patru secole. Sprijiniți pe cunoștințe serioase de anatomie și fiziologie, chirurgii se avîntă în operații noi și riscante: Heliodor practică uretrotomia internă și rezecția sacului herniar; Archigenes face hemostaza intraoperatorie cu fire de mătase; Antillus face operația pentru cataractă și incizia anevrismelor după dubla legătură deasupra și dedesubtul sacului.

Acest avînt este aproape de neconceput fără îndeplinirea a două condiții: asepsia și anestezia. Despre măsuri de asepsie nu avem nici un indiciu. Din cele cunoscute din chirurgia hippocratică putem admite că realizarea unei curățenii extreme din partea chirurgului și spălarea regiunii de operat și a instrumentelor au rămas reguli de bază, pe care chirurgul trebuia să le urmeze în primul rînd. Narcoza a fost cunoscută chirurgilor încă de la începutul erei noastre. Era cunoscută o băutură cu proprietăți somnifere, extrasă din rădăcina de mandra-

gora, a cărei substanță activă e înrudită de aproape cu scopolamina, folosită astăzi în același scop.

Știința medicală greacă a fost trecută aproape în întregime romanilor. Apoi ea a fost păstrată de savanții Bizanțului. În timpul migrației popoarelor, medicina europeană se prăbușește complet, împreună cu lumea antică. Ea reapare abia în timpul Renașterii și constituie fundamentul solid pe care s-a clădit știința medicală modernă.

CHIRURGIA ÎN ORÎNDUIREA FEUDALĂ

Evul mediu reprezintă pentru dezvoltarea științelor o perioadă mai puțin progresistă. Se poate spune că anatomia, medicina și chirurgia s-au întors la perioada copilăriei. Societatea feudală nu cunoștea decît educația cavalerilor în spirit de luptă și nu punea nici un preț pe educația culturală și științifică. Majoritatea cavalerilor erau analfabeți. Biserica exercita o influență puternică și religia era impusă de stat ca fiind unicul izvor al adevărului și al științei. Biserica respingea chirurgia, socotind-o o practică barbară. În acel timp, medicina arabă exercita o puternică influență, deși dezvoltarea sa inițială fusese frînată de interesele clasei dominante. Astfel, religia arabă considera un sacrilegiu provocarea pierderii de sînge unui corp uman, sau mutilarea. Bineînțeles că războaiele erau exceptate. Introducerea fierului roșu, ca agent terapeutic universal, a fost consecința înrîuririi nefaste a religiei.

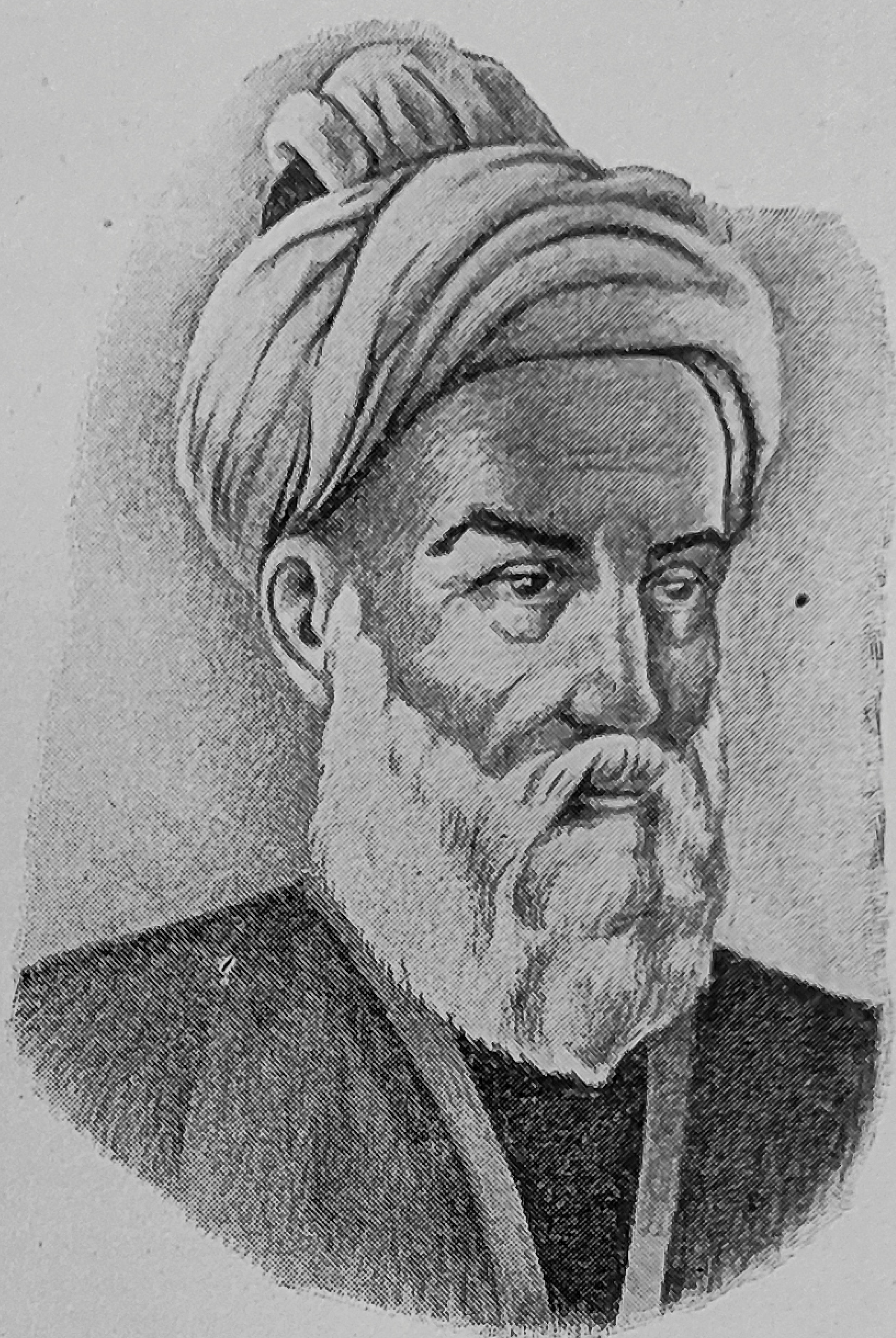


Fig. 2. — **Abu-Ali-Ibn-Sina** (Avicena) medic tadjic. Autorul operei „Canonul medicinei", singura lucrare științifică a evului mediu.

Chirurgia evului mediu, subjugată în întregime scolasticii, era practicată de chirurgi cu pregătire slabă, cu cunoștințe de anatomie fantezistă, care se temeau de actul operator, nevoind să-și compromită renumele printr-un insucces. Adevărații purtători ai tradiței chirurgicale au fost „chirurgii ambulanți", oficial nerecunoscuți, care își exercitau profesia mergînd din oraș în oraș și din castel în castel. Pericolul de a fi spînzurați sau aruncați într-un rîu îi păștea ori de cîte ori operația făcută unui nobil nu reușea. Ei sînt singurii care reprezintă elementul de progres în această perioadă de eclipsă a chirurgiei. Dintre aceștia, istoria a păstrat următoarele nume: Ugo de Lucca, primul care arată că supurația nu este utilă și care introduce pansarea rănilor cu vin; Guillelm de Salicato, care pledează pentru unirea medicinei cu chirurgia; Henry de Modeville, care practică o chirurgie savantă la Montpellier.

În această epocă, a întunericului, o figură deosebit de luminoasă a fost aceea a medicului tadjic Avicena.

Abu-Ali-Ibn-Sina (Avicena) s-a născut acum o mie de ani în satul Afșan, lîngă Buhara (fig. 2). De o inteligență și o putere de muncă cu totul excepționale, el și-a închinat științei întreaga sa viață. Cunoscător adînc al operelor lui Hippocrat și ale lui Galen — el însuși un observator deosebit de dotat — a reușit să scrie o colecție de opere medicale care cuprinde cinci volume (Canonul medicinei).

Opera a fost tradusă în diferite limbi europene, constituind pînă în secolul al XVII-lea unica operă medicală. Lucrarea este scrisă clar și precis, este științifică și dă o descriere corectă a multor boli.

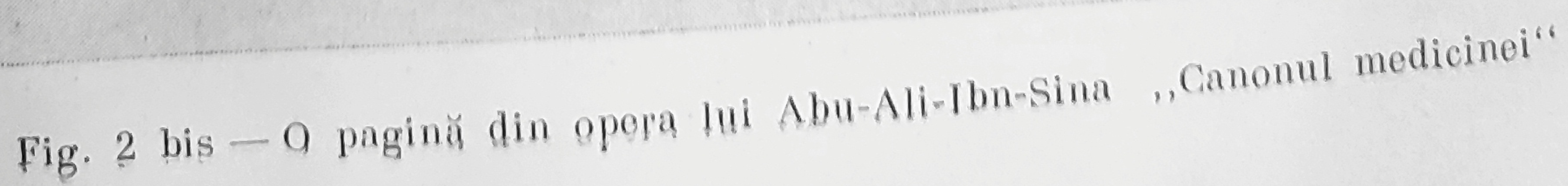


Fig. 2 bis — O pagină din opera lui Abu-Ali-Ibn-Sina „Canonul medicinei"

Viaţa lui a fost destul de agitată, din cauza condiţiilor politice ale acelor vremuri.

Ibn-Sina este considerat, în general, ca scriitor arab, deoarece a scris în limba arabă. El este însă un tadjic, care a folosit în scrieri limba arabă, cea mai răspîndită în timpul său.

Ibn-Sina moare în 1037, în vîrstă de 58 de ani. Iată ce scria el cu puţin înainte de moarte:

Din hău şi pînă-n culmi de Olimp
Am iscodit a firii taină
Cu forţa minţii n-am putut
S-alung cernita morţii haină.

În Franţa, în secolul al XIII-lea, ia naştere Colegiul sf. Cosma, condus de breasla chirurgilor. Timp de cinci secole, acest colegiu luptă cu medicina oficială.

Din studiul documentelor epocii se poate trage concluzia că evul mediu a păstrat, prin chirurgii ambulanţi, moştenirea ştiinţei medicale antice şi, în unele privinţe, a reuşit s-o adîncească.

CHIRURGIA ÎN ORÎNDUIREA BURGHEZĂ

Epoca Renaşterii coincide cu dezvoltarea primelor elemente ale burgheziei; este epoca marilor descoperiri geografice. Coloniile deschid burgheziei în creştere posibilităţi de schimb şi de cucerire de noi pieţe de desfacere. Mijloacele de schimb şi mărfurile se înmulţesc, dînd un mare avînt negoţului, navigaţiei şi, mai tîrziu, industriei. Dezvoltarea ştiinţelor devine o necesitate pentru perfecţionarea mijloacelor de producţie. La sfîrşitul secolului al XV-lea, medicina ia o evoluţie favorabilă faţă de starea de decădere în care se afla pînă atunci.

Progresul neîndoielnic al chirurgiei, în secolul al XVI-lea, se datoreşte şi avîntului pe care-l iau anatomia şi fiziologia umană la acea dată.

Disecţia cadavrelor, părăsită aproape în întregime o dată cu apusul lumii antice, este reluată pe o scară întinsă. Nume ca Vesalius, Fallopio, Eustachio, Servetus, mai tîrziu Pecquet, Wirsung şi Malpighi, rămase astăzi în vocabularul anatomic, ne arată la ce nivel de perfecţiune a ajuns cunoaşterea anatomiei umane.

Ambroise Paré, bărbier-chirurg, ajunge să facă cu succes artrotomia pentru extragerea unui corp străin, tratează rănile infectate prin spălături cu vin sau cu soluţie de sulfat de cupru, suprimă practica barbară a cauterizării profunde a rănilor cu fierul roşu sau ulei fierbinte, întrebuinţează sistematic în amputaţii legarea vaselor. Tagliacozzi practică grefe şi autoplastii după o metodă care a rămas valabilă pînă în zilele noastre.

În secolul al XVII-lea asistăm la o rapidă dezvoltare a meseriilor. Leeuwenhoek construieşte primele microscoape şi descoperă eritrocitele, spermatozoizii şi striaţiile muşchilor. Împreună cu Malpighi, care arată existenţa capilarelor sanguine, aceştia pot fi consideraţi creatorii anatomiei microscopice.

În domeniul fiziologiei, Harvey descrie amănunţit mecanismul circulaţiei sîngelui. Lewer face primele transfuzii de sînge la animal şi la om.

Nu este de mirare, deci, că evoluţia chirurgiei a urmat o curbă ascendentă, atunci cînd a dispus de premisele unei anatomii şi fiziologii amănunţite şi solid bazate a medicinei clasice.

Acest secol este bogat şi în inovaţii de tehnică chirurgicală, ca: esofagotomia pentru corp străin, cusătura primitivă a rănilor abdomenului, cusătura tendoanelor cu corzi păstrate în alcool (catgutul de azi), amputaţia cu lambouri, faţă de amputaţia plană, singura folosită pînă atunci; se reintroduc forcepsul, trocarul, bandajele herniare; se fac primele injecţii intravenoase, se introduce alcoolul în aseptizarea rănilor.

Bărbierii-chirurgi şi simplii chirurgi, care aparţineau burgheziei în dezvoltare, erau practicieni buni, care legau teoria de practică şi care erau în contact permanent cu realitatea, spre deosebire de «chirurgii cu robă lungă», care discutau pe latineşte, dar aveau o pregătire practică aproape nulă.

Între cele două categorii de chirurgi se iscă o luptă dîrză, reprezentînd o latură a luptei dintre burghezia în ascensiune şi nobilimea feudală pe cale de dispariţie.

În secolul al XVIII-lea şi prima jumătate a secolului al XIX-lea, medicina oficială coboară la practică, apropiindu-se astfel de chirurgie. Realizările acestei epoci sînt însemnate: apare studiul anatomiei patologice şi al anatomiei generale. John Hunter leagă chirurgia de anatomia patologică şi de fiziologie; P. Fauchard ridică stomatologia la un nivel ştiinţific. La Colegiul sf. Cosma se înfiinţează catedra de anatomie, fiziologie şi obstetrică.

În 1731, Colegiul s-a transformat în Academie de chirurgie, iar în 1743 în Facultate de chirurgie.

În 1785 ia fiinţă Academia medico-chirurgicală din Viena.

De aici încolo, sprijinindu-se pe o bază ştiinţifică solidă, chirurgia face progrese rapide.

Dintre chirurgii cu reputaţie cităm pe Dupuytren, J. L. Petit, Chauppart, Desault, Monro şi alţii.

Chirurgia progresează considerabil şi prin dezvoltarea clinicii; devine imperios necesară precizarea unui diagnostic înainte de operaţie sau studiul reacţiei organismului faţă de un traumatism accidental sau operator.

Ca operaţii importante introduse în această epocă, semnalăm: trepanaţia mastoidiană, evidarea ganglionară în cancerul mamar, colecistectomia în calculoza veziculei biliare, anusul contra naturii.

Războaiele au necesitat crearea unor spitale permanente în oraşele de frontieră. De aceea se reorganizează serviciul sanitar în armată şi se înfiinţează primele spitale militare în Franţa. În Rusia se înfiinţează spitale militare şi şcoli medico-militare la Moscova, Kronstadt şi Petrograd.

Marea greşeală a chirurgilor din acel timp consta în faptul de a fi considerat că perfecţionarea chirurgiei stă numai într-o cunoaştere mai precisă a anatomiei şi în execuţia cît mai rapidă a operaţiei.

În acea vreme, cauza fundamentală a insucceselor, infecţia postoperatorie nu este înţeleasă decît de unii dintre chirurgi, ca Pirogov, Holmes şi Semmelweis.

A doua jumătate a secolului al XIX-lea se caracterizează printr-o dezvoltare continuă şi vertiginoasă a producţiei. O dată cu perfecţionarea uneltelor de producţie, invenţii şi descoperiri îmbogăţesc ştiinţa şi tehnica. În chirurgie, anestezia generală şi antisepsia produc o adevărată revoluţie.

Se găseau astfel adunate la un loc condiţiile fundamentale pentru dezvoltarea unei chirurgii înaintate: hemostaza, anestezia şi antisepsia. Chirurgia ia un avînt nemaiîntîlnit: pe de o parte asistăm la o perfecţionare continuă a tehnicii chirurgicale, pe de alta la o cunoaştere clinică aprofundată a bolilor care beneficiază de un tratament chirurgical. Se pun bazele unei patologii chirurgicale la a cărei desăvîrşire concurează celelalte discipline, ca: radiologia, chimia, bacteriologia, anatomia patologică şi altele. Se desprind noi ramuri în chirurgie, ca: neurochirurgia, chirurgia maxilo-facială, chirurgia toracică şi a vaselor mari. Tot în acea vreme, N. I. Pirogov, creatorul «chirurgiei de campanie» introduce bandajele gipsate.

La începutul secolului al XX-lea, lumea se află în posesia unei ştiinţe înaintate, de care însă nu beneficiază decît foarte puţini. Marea majoritate trăieşte încă în întunericul în care clasa dominantă are interesul s-o menţină.

Marea Revoluţie Socialistă din Octombrie, care a sfărîmat cătuşile capitalismului, a dat poporului sovietic, o dată cu libertatea, şi condiţiile materiale pentru o viaţă înstărită.

Toate cuceririle ştiinţei, inclusiv cele din domeniul chirurgici, au fost puse în slujba celor ce muncesc. În medicină se ridică o serie de probleme noi, organizatorice, curative şi preventive. Grija faţă de om cere chirurgilor acordarea unei asistenţe calificate, orientarea ei în direcţia profilactică. Aceste caracteristici ale medicinei sovietice se deosebesc fundamental de concepţia medicală a Apusului, care urmăreşte în special tratamentul individual, în timp ce marea masă a muncitorilor beneficiază prea puţin de asistenţa medicală calificată.

EVOLUŢIA CHIRURGIEI ÎN RUSIA ŞI ÎN U.R.S.S.

Activitatea chirurgicală din Rusia se poate urmări încă din evul mediu, în care exista o medicină casnică străveche a norodului truditor. Chirurgii îngrijeau numai de sănătatea clasei stăpînitoare. În războaiele de formare a statului rus din secolul al X-lea în oştirile care luptau se găseau şi chirurgi pricepuţi. Astfel, cronicile din acel timp amintesc de operaţia ducelui Sviatoslav Iaroslavici, făcută în 1076. După eliberarea Rusiei de invazia tătară, avîntul cultural are înrîurire şi asupra medicinei. În jumătatea a doua a secolului al XVI-lea se găseau la Moscova meşteri chirurgi cu reputaţie, ca : Gainoski, Savence, Basotski şi chirurgul anatomist Buialski.

Petru cel Mare încadrează medici în oştirile sale; el sprijină în acelaşi timp pe dentişti. Primul spital militar ia naştere la Moscova, în 1701; în 1733 îi urmează spitalele militare şi de marină din Kronstadt şi Petrograd.

În cadrul învăţămîntului medical se înfiinţează şcoli medico-militare la Petrograd, Kronstadt şi Moscova, şcoli în care chirurgii militari sînt formaţi pe baze ştiinţifice. În 1798, şcolile din Petrograd şi Kronstadt contopindu-se, ia naştere Academia medico-chirurgicală, azi Academia de medicină militară «S. M. Kirov», de unde au ieşit cei mai renumiţi medici şi chirurgi.

Începînd încă din secolul al XVIII-lea, medicii şi chirurgii ruşi aveau o justă orientare materialistă care i-a ferit de greşelile idealiste şi mistice ale contemporanilor lor din Apus.

Un rol de frunte în fundarea chirurgiei ruse îi revine lui Ivan Feodorovici Buş, care a fost primul profesor de chirurgie şi care, în 1807, a scris primul îndreptar de chirurgie în limba rusă. Din şcoala creată de Buş au ieşit o serie de chirurgi de seamă, dintre care s-a remarcat, în special, Buialski (1789—1866), care, prin tabelele anatomo-chirurgicale concepute de el, pune bazele chirurgiei operatorii.

În secolul al XIX-lea, chirurgia rusă ia o dezvoltare deosebită, în urma contribuţiei marelui chirurg şi om de ştiinţă Nikolai Ivanovici Pirogov, 1810—1881 (fig. 3). Este figura cea mai reprezentativă a acestui secol, mare patriot, profesor la Juriev şi Petrograd, organizator de spitale civile şi militare. Încă în cursul activităţii sale din Caucaz, apoi în războiul din Crimeea, el aplică pentru prima oară narcoza cu eter în chirurgia de război. În războiul din Crimeea organizează primele echipe de surori de caritate. Lui Pirogov i se datoreşte prima contribuţie fundamentală la chirurgia de război. Organizarea asistenţei medicale pe cîmpul de luptă, precum şi principalele elemente ale chirurgiei de război după principiile lui Pirogov, au rămas valabile pînă în zilele noastre. Era unul dintre cei mai de seamă operatori din Europa, iar în calitate de chirurg militar a fost neegalat. Sklifosovski, elevul său (fig. 4), spunea că «poporul care are un Pirogov e îndreptăţit să se mîndrească». În timpul războiului de la 1877—1878 din Bulgaria a colaborat cu medicul romîn Carol Davilla.

Datorită lui Pirogov şi elevilor săi Sklifosovski, Pelehin, Bobrov şi alţii au luat naştere şcoli de chirurgie în care s-au format noi cadre de eminenţi chirurgi, ca: S. P. Fedorov, V. A. Oppel, I. I. Djanelidze, I. I. Grekov, P. A. Gherţen, V. N. Rozanov, bine cunoscuţi în literatura universală.

Toate cuceririle ştiinţei, inclusiv cele din domeniul chirurgiei, au fost puse în slujba celor ce muncesc. În medicină se ridică o serie de probleme noi, organizatorice, curative şi preventive. Grija faţă de om cere chirurgilor acordarea unei asistenţe calificate, orientarea ei în direcţia profilactică. Aceste caracteristici ale medicinei sovietice se deosebesc fundamental de concepţia medicală a Apusului, care urmăreşte în special tratamentul individual, în timp ce marea masă a muncitorilor beneficiază prea puţin de asistenţa medicală calificată.

EVOLUŢIA CHIRURGIEI ÎN RUSIA ŞI ÎN U.R.S.S.

Activitatea chirurgicală din Rusia se poate urmări încă din evul mediu, în care exista o medicină casnică străveche a norodului truditor. Chirurgii îngrijeau numai de sănătatea clasei stăpînitoare. În războaiele de formare a statului rus din secolul al X-lea în oştirile care luptau se găseau şi chirurgi pricepuţi. Astfel, cronicile din acel timp amintesc de operaţia ducelui Sviatoslav Iaroslavici, făcută în 1076. După eliberarea Rusiei de invazia tătară, avîntul cultural are înrîurire şi asupra medicinei. În jumătatea a doua a secolului al XVI-lea se găseau la Moscova meşteri chirurgi cu reputaţie, ca : Gainoski, Savence, Basotski şi chirurgul anatomist Buialski.

Petru cel Mare încadrează medici în oştirile sale; el sprijină în acelaşi timp pe dentişti. Primul spital militar ia naştere la Moscova, în 1701; în 1733 îi urmează spitalele militare şi de marină din Kronstadt şi Petrograd.

În cadrul învăţămîntului medical se înfiinţează şcoli medico-militare la Petrograd, Kronstadt şi Moscova, şcoli în care chirurgii militari sînt formaţi pe baze ştiinţifice. În 1798, şcolile din Petrograd şi Kronstadt contopindu-se, ia naştere Academia medico-chirurgicală, azi Academia de medicină militară «S. M. Kirov», de unde au ieşit cei mai renumiţi medici şi chirurgi.

Începînd încă din secolul al XVIII-lea, medicii şi chirurgii ruşi aveau o justă orientare materialistă care i-a ferit de greşelile idealiste şi mistice ale contemporanilor lor din Apus.

Un rol de frunte în fundarea chirurgiei ruse îi revine lui Ivan Feodorovici Buş, care a fost primul profesor de chirurgie şi care, în 1807, a scris primul îndreptar de chirurgie în limba rusă. Din şcoala creată de Buş au ieşit o serie de chirurgi de seamă, dintre care s-a remarcat, în special, Buialski (1789—1866), care, prin tabelele anatomo-chirurgicale concepute de el, pune bazele chirurgiei operatorii.

În secolul al XIX-lea, chirurgia rusă ia o dezvoltare deosebită, în urma contribuţiei marelui chirurg şi om de ştiinţă Nikolai Ivanovici Pirogov, 1810—1881 (fig. 3). Este figura cea mai reprezentativă a acestui secol, mare patriot, profesor la Juriev şi Petrograd, organizator de spitale civile şi militare. Încă în cursul activităţii sale din Caucaz, apoi în războiul din Crimeea, el aplică pentru prima oară narcoza cu eter în chirurgia de război. În războiul din Crimeea organizează primele echipe de surori de caritate. Lui Pirogov i se datoreşte prima contribuţie fundamentală la chirurgia de război. Organizarea asistenţei medicale pe cîmpul de luptă, precum şi principalele elemente ale chirurgiei de război după principiile lui Pirogov, au rămas valabile pînă în zilele noastre. Era unul dintre cei mai de seamă operatori din Europa, iar în calitate de chirurg militar a fost neegalat. Sklifosovski, elevul său (fig. 4), spunea că «poporul care are un Pirogov e îndreptăţit să se mîndrească». În timpul războiului de la 1877—1878 din Bulgaria a colaborat cu medicul romîn Carol Davilla.

Datorită lui Pirogov şi elevilor săi Sklifosovski, Pelehin, Bobrov şi alţii au luat naştere şcoli de chirurgie în care s-au format noi cadre de eminenţi chirurgi, ca: S. P. Fedorov, V. A. Oppel, I. I. Djanelidze, I. I. Grekov, P. A. Gherţen, V. N. Rozanov, bine cunoscuţi în literatura universală.



Fig. 3. — **Nikolai Ivanovici Pirogov** (1810—1881). Fondatorul chirurgiei științifice ruse. Figura cea mai reprezentativă din lume a chirurgiei din timpul său.

După victoria Marii Revoluții Socialiste din Octombrie, chirurgia a luat în anii puterii sovietice un avînt încă necunoscut pînă atunci. S-au creat condiții pentru o optimă dezvoltare, numărul paturilor din serviciile de chirurgie s-a mărit de cîteva ori, s-au creat institute de cercetări, școli superioare, s-a ridicat considerabil nivelul profesional al cadrelor sanitare. Cu drept cuvînt spunea I. P. Pavlov: «Patria noastră deschide savanților orizonturi infinite și trebuie să recunoaștem că în țara nostră știința este aplicată în viață cu o amploare nemaivăzută»[1].

Academia de științe a U.R.S.S., prin secțiile sale medicală și biologică, dă o orientare teoretică medicinei, ridică cercetarea științifică la un nivel nebănuit înainte și arată căile de aplicare a acestor cercetări, spre a nu fi rupte de practică și a pune medicina în slujba poporului.

Învățătura lui I. P. Pavlov despre organismul privit ca un întreg inseparabil de mediul lui înconjurător, ca și despre rolul sistemului nervos, mai cu deosebire al scoarței, a adus cercetătorilor concepția despre posibilitățile organismului de a se adapta celor mai mici variații ale mediului înconjurător.

Chirurgia, în lumina acestor învățături, încetează de a mai fi localistă. Chirurgia trebuie să privească operația ca un act care influențează organismul în întregul lui. De fapt, chirurgia sovietică contemporană se bazează pe avîntul și progresul realizat în toate ramurile medicinei sovietice și este capabilă să deschidă noi drumuri pentru chirurgia universală.

A. O. Halpern, I. I. Grekov, N. N. Petrov și P. A. Gherțen sînt printre primii chirurgi ai regimului sovietic.

S. I. Spasokukoțki a fost promotorul chirurgiei pulmonare, creînd o școală reprezentată astăzi prin Linberg, Bakulev și alții; el a contribuit la dezvoltarea chirurgiei gastrice și la studiul bolilor septice.

N. N. Burdenko a avut merite deosebite în domeniul neurochirurgiei, precum și în calitatea sa de prim-chirurg al forțelor armate ale U.R.S.S. în timpul Marelui Război pentru Apărarea Patriei (fig. 5).

Studiul traumatologiei a luat o mare dezvoltare în Uniunea Sovietică prin contribuția multor chirurgi, ca: S. Ghirgolav, I. G. Rufanov, A. V. Vișnevski, V. V. Gorinevskaia și alții. Prețioase contribuții la problema anesteziei au adus lucrările lui A. V. Vișnevski, elaboratorul anesteziilor, prin metoda infiltrației progresive și a blocajului novocainic.

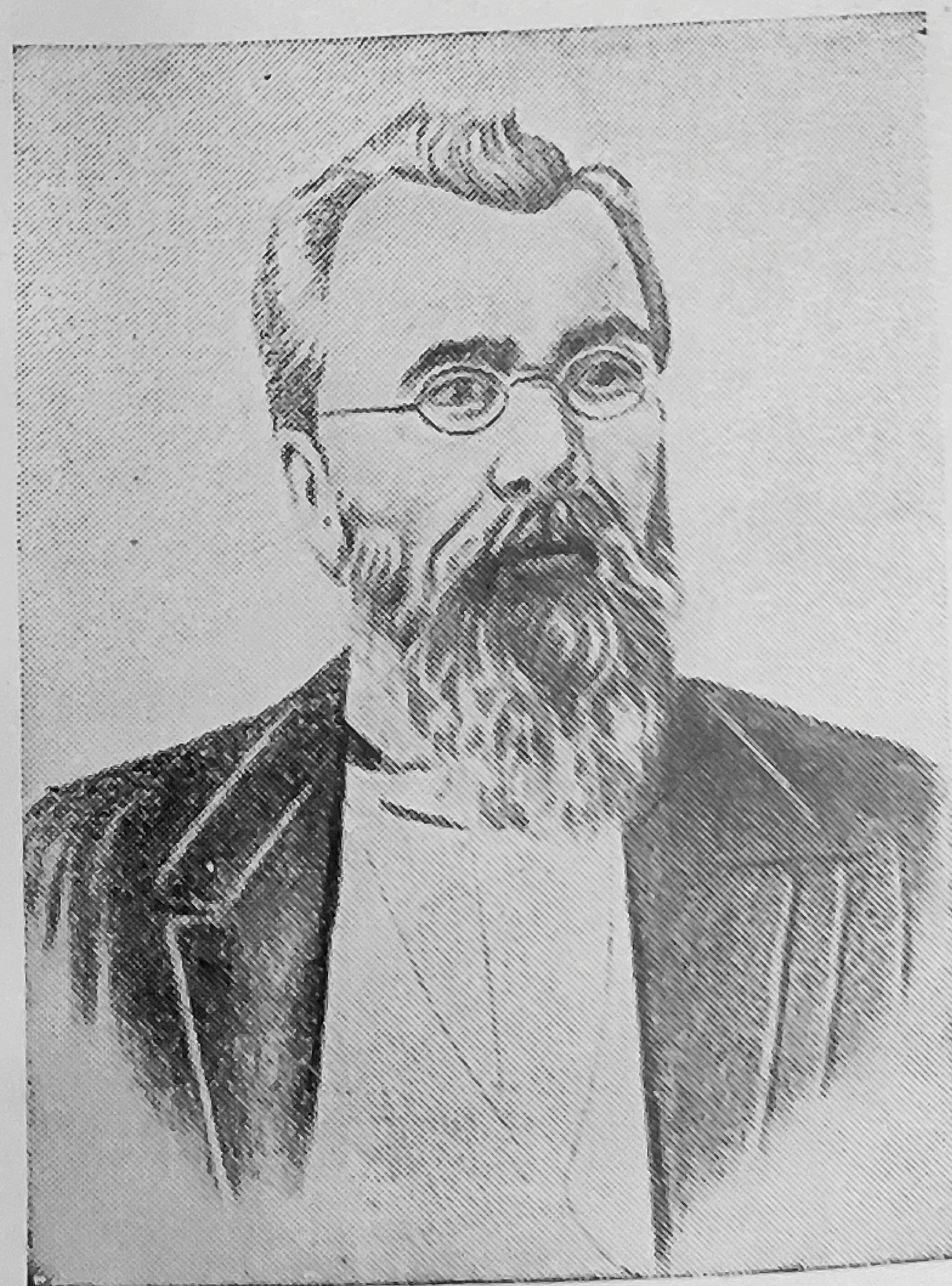


Fig. 4.—**N. V. Sklifosovski.** Elev al lui Pirogov. Fondator, alături de maestrul său, al școlii chirurgicale ruse.

[1] *I. P. Pavlov*, Opere alese, Ed. Academiei R. P. R., vol. I, pag. 40.

În domeniul transfuziilor au fost studiate şi folosite pentru prima oară pe o scară întinsă transfuziile cu sînge conservat, a celui recoltat de la cadavru şi transfuziile intraarteriale în stările grave de şoc.

Chirurgia reparatoare şi plastică s-a dezvoltat intens prin contribuţiile lui Filatov, Bogoraz şi Priorov. Primul este iniţiatorul terapiei prin ţesuturi conservate, ţesuturi care deţin proprietăţi stimulante pentru organism, prin biostimulinele ce iau naştere în condiţiile conservării la rece.

Chirurgia abdominală, esofagiană, cardiacă, precum şi chirurgia de urgenţă, au fost îmbogăţite prin numeroasele contribuţii ale autorilor sovietici.

Prin aplicarea învăţăturii lui I. P. Pavlov, chirurgiei sovietice i s-au deschis noi drumuri; aplicarea somnoterapiei pre- şi postoperatorii, aplicarea inhibiţiei de protecţie, modificarea comportării faţă de bolnav, alegerea anesteziei şi a indicaţiei de tratament după tipul de reactivitate nervoasă a bolnavului, duc la o nouă orientare în medicina modernă.



Fig. 5. — **N. N. Burdenko.** Eminent chirurg al regimului sovietic. Întemeietor al neurochirurgiei sovietice.

Cu drept cuvînt spunea Oparin: «Chirurgia sovietică a învins în întregime spiritul de imitaţie, găsind căi creatoare proprii, ocupînd astfel într-o serie de compartimente un loc de conducere în ştiinţa universală... Bogata experienţă dobîndită în focul Războiului pentru Apărarea Patriei şi entuziasmul creator al savanţilor sovietici, devotamentul lor faţă de patrie, constituie o temelie de nezdruncinat pentru o nouă înflorire excepţională a ştiinţei».

EVOLUŢIA CHIRURGIEI LA NOI

Cele mai vechi date privind istoria chirurgiei în patria noastră le găsim încă din timpul orînduirii primitive şi sclavagiste. Cranii trepanate şi vindecate s-au găsit în cimitirul Dacia-Mureş şi la Sărata-Monteoru, datînd din epoca de bronz. În Banat s-au găsit bisturie şi foarfece de fabricaţie celtă, datînd din timpurile dacilor.

În orînduirea sclavagistă a Daciei Traiane, arta chirurgicală greco-romană a lăsat urme. Pe columna lui Traian se poate vedea un post de prim-ajutor militar, reprezentînd pansarea soldaţilor răniţi; sînt «vulnerariile» militare, venite în Dacia o dată cu legiunile romane.

În muzeele din Cluj, Bucureşti şi Alba-Iulia se găsesc instrumente de mică chirurgie, ca: pense, bisturie, sonde, spatule, instrumente pentru tratamentul dinţilor. S-au găsit inscripţii pe mormintele oculiştilor Divixtus şi Cercelomius.

Din epoca feudală s-au găsit oseminte cu fracturi vindecate, semn că existau chirurgi empirici. Tot atunci au luat naştere «bolniţele» mănăstirilor răsăritene din Moldova şi Muntenia şi «hospitalele» călugăreşti din Ardeal, în care probabil că se practica şi chirurgia.

La sate, pe lîngă babele care descîntau, se mai găseau şi chirurgi empirici, care reduceau luxaţiile, tratau fracturile, făceau emisiuni de sînge şi aplicau ventuze. Un sas din regiunea Braşovului şi Moş Răţoiu din Muntenia erau chemaţi chiar şi la oraş.

Către sfîrşitul evului mediu, deosebirile dintre medici şi chirurgi s-au manifestat şi la noi. Apar bărbierii-chirurgi, care practicau mica chirurgie şi traumatologia curentă. Ei

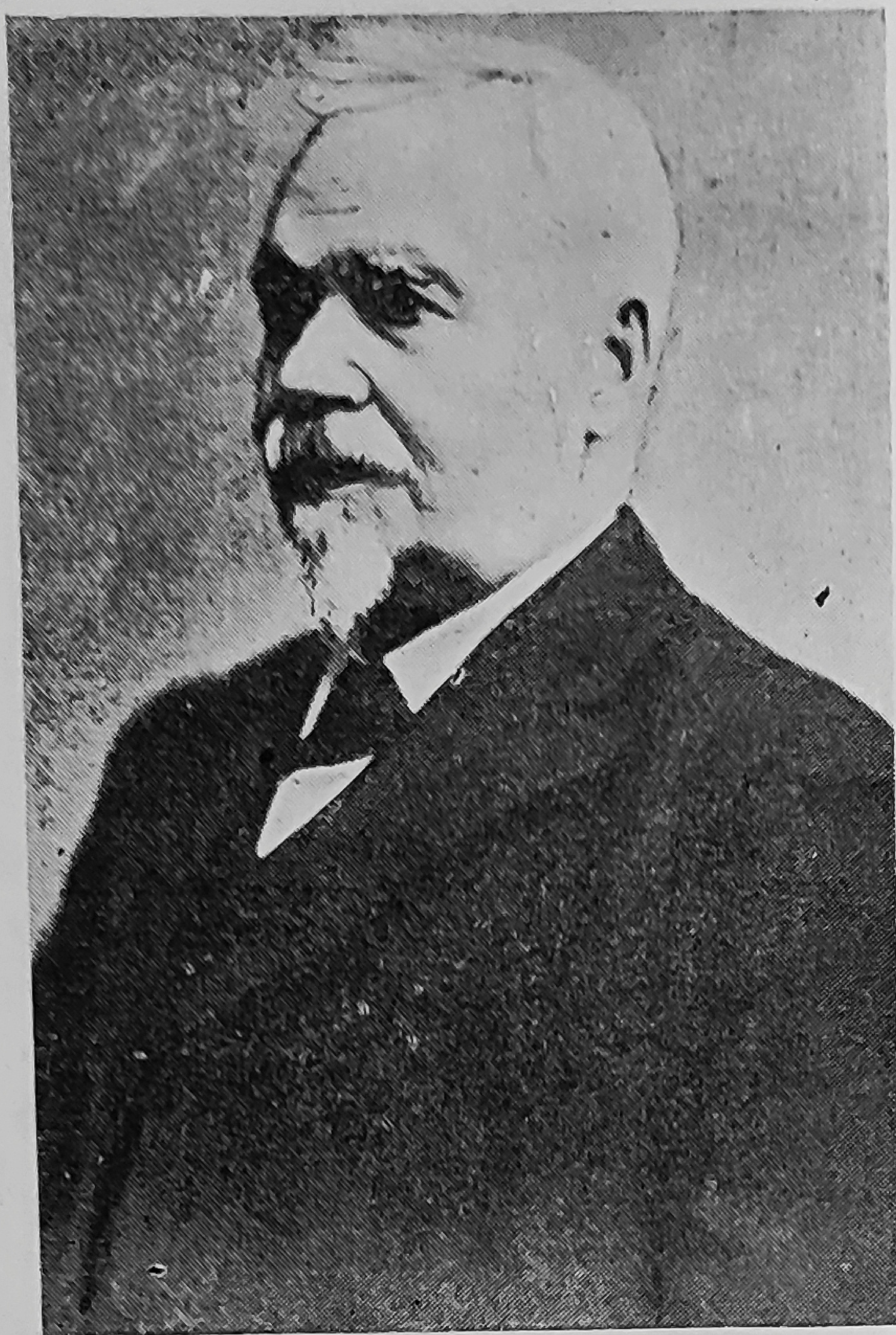


Fig. 6. — **C. D. Severeanu** (1840—1932). Fondator al chirurgiei în țara noastră. Face primul în lume cusătura în straturi a peretelui abdominal.

se formau prin ucenicie, iar începînd din secolul al XVI-lea îi găsim pe lîngă medici, în spitalele din acel timp.

Reformele sanitare — austriacă și rusă — din secolul al XVIII-lea au influențat și activitatea sanitară de la noi. Astfel, în Regulamentul organic, alcătuit de Kisselev, se găsește prima legiuire sanitară din țara nostră.

În 1775, la Cluj ia ființă Școala medico-chirurgicală, care funcționează pînă în 1872, cînd se transformă în Facultatea de medicină. Această școală nu forma medici, ci numai felceri, dar cu o bună pregătire medicală. Aici a profesat Ion Molnar-Piuariu (1749—1815) ca profesor de oculistică. Era un operator iscusit; datorită faimei sale a fost chemat și la Viena. Școala a dat mulți elevi, unii dintre ei trecînd și în Principate (Sibianu, Mamfi).

La București ia naștere, în jurul anului 1840, prima școală de moașe, iar pe la 1850 — școala de mică chirurgie a lui Kretzulescu. Mai tîrziu, Școala națională de medicină, înființată de Kretzulescu și Davilla, face unirea între medici și chirurgi; ea a promovat licențiați în medicină și chirurgie. În 1869, această școală se transformă în Facultatea de medicină, promovînd doctori în medicină și chirurgie.

Facultăți identice iau naștere în 1872 la Cluj și în 1879 la Iași.

Între primele generații de medici romîni care s-au format în străinătate găsim, pe la mijlocul veacului trecut, pe Nicolae Gănescu.

Nicolae Kretzulescu (1812—1900), întemeietorul Școlii de mică chirurgie, este autorul unui manual de anatomie. G. A. Polizu publică un manual de mică chirurgie.

Întemeietorul chirurgiei științifice este însă Nicolae G. Turnescu, profesor de chirurgie la școala lui Davilla și apoi la Facultatea de medicină. Îi urmează Constantin Dimitrescu-Severeanu, care folosește metoda antiseptică și face primele laparotomii la noi. Turnescu și Severeanu pot fi considerați ca întemeietorii chirurgiei romînești.

C. D. Severeanu s-a născut la 11 mai 1840 în comuna Bălțați, județul Mehedinți (fig.6). Era fiul unui țăran sărac. Școala primară a urmat-o în comuna Cernet. De aci a plecat la București și s-a înscris la Școala de medicină din str. Mihai Vodă. În timp ce urma școala,



Fig. 7. — **Toma Ionescu** (1860—1926). Întemeietorul chirurgiei moderne în patria noastră.

a terminat în particular 4 clase gimnaziale şi a făcut şi stagiul militar. În 1862, datorită meritelor sale, este trimis la Paris căpătînd o bursă de la Şcoala de medicină. În 1864 termină facultatea şi susţine teza cu subiectul «Bassin oblique ovalaire».

Întors în ţară, conduce diferite servicii de chirurgie. Dornic de un progres continuu, ia parte la diferite congrese din străinătate şi, cînd se întoarce, foloseşte în ţară cunoştinţele dobîndite. Aplică antisepsia şi mai tîrziu asepia. Face prima anestezie generală şi rahidiană în ţară. Introduce primul în lume cusătura în straturi a peretelui abdominal. A luptat asiduu pentru popularizarea medicinei. A scos în acest scop gazeta «Medicul popular». A murit în vîrstă de 92 de ani, fericit că a văzut progresele medicinei şi chirurgiei moderne.

O operă asemănătoare realizează la Iaşi profesorul de chirurgie Ludovic Rus. Tot din această generaţie fac parte Iosif Fabricius, chirurg oftalmolog, A. Demosthene, chirurg militar, Iosif Fiala, profesor de chirurgie, Vercescu, medic militar (care a imaginat şi executat operaţia tip Whitehead pentru hemoroizi, înaintea acestuia). Assaki, director al Institutului de chirurgie din Bucureşti, a fost primul care a aplicat în 1886 cusătura nervilor.



Fig. 8. — D. Bagdasar (1893—1948). Savant progresist. Fondatorul neurochirurgiei în patria noastră.

Cap de şcoală, din care s-a dezvoltat aproape întreaga chirurgie romînă modernă a fost Toma Ionescu (1860—1926). El s-a făcut cunoscut în literatura universală prin studiile sale asupra anatomiei peritoneului, prin patologia herniilor retroperitoneale, prin contribuţii la chirurgia pulmonară, osoasă şi a simpaticului, precum şi prin metoda de rahianestezie înaltă.

Toma Ionescu s-a născut la Ploieşti în 1860 (fig. 7). Şcoala primară şi secundară a făcut-o la Bucureşti. După ce a luat bacalaureatul, s-a dus în Franţa, unde s-a înscris la Facultatea de drept şi la medicină. În studiile medicale a obţinut succese deosebite, trecînd toate concursurile de extern, intern şi prosector. A fost ales de Poirier colaborator la cel mai mare tratat de anatomie ce s-a scris în Franţa. El a scris într-un mod magistral anatomia duodenului.

În 1895 revine în ţară, fiind numit profesor de anatomie topografică şi chirurgie experimentală. De la început aplică principiile chirurgiei aseptice şi execută operaţiile cele mai complicate. A publicat mult şi a creat numeroase tehnici operatorii în aproape toate domeniile chirurgiei. Ceea ce l-a pasionat deosebit, a fost rahianestezia, reuşind să o impună, atît în ţară, cît şi în străinătate. În această problemă a scris foarte multe lucrări. Chirurgia simpaticului şi, în primul rînd, a lanţului simpatic cervical a făcut obiectul a numeroase studii. El a aplicat-o, printre primii, în angina pectorală.

Toma Ionescu a creat o adevărată şcoală de chirurgie; aproape toţi chirurgii din ţară, dacă nu sînt elevii lui direcţi, moştenesc învăţăturile lui prin şefii serviciilor chirurgicale, foştii săi colaboratori şi elevi.

A înfiinţat Societatea de chirurgie şi Revista de chirurgie, care, cu mici întreruperi, se menţin pînă în prezent.

Toma Ionescu a murit în 1926 de o criză de angină pectorală.

Ca întemeietor al chirurgiei urologice la noi trebuie citat O. Herescu (1868—1915), primul profesor de urologie al Facultății de medicină.

Întemeietorul neurochirurgiei romînești este Dimitrie Bagdasar (1893—1948), care ocupă un loc de onoare în istoria chirurgiei contemporane, fiind totodată un om de știință progresist și un chirurg eminent (fig. 8).

D. Bagdasar, provenit dintr-o familie modestă, a avut de luptat cu multe greutăți în viață. Facultatea de medicină a urmat-o ca medic militar. Încă din timpul studenției s-a remarcat ca un om studios și corect. Studiul neurologiei îl începe în mod serios la Spitalul militar, unde îndeplinea funcția de secundar. A avut ca șef pe Noica. În același timp își adîncește studiile de morfologie a sistemului nervos. Pregătirea neurochirurgicală și-a făcut-o pe lîngă Cushing. Întors în țară, este numit medic la spitalul din Jimbolia, unde face primele operații de neurochirurgie. În 1932 vine în București, dar nu are unde lucra, operînd din cînd în cînd la Spitalul de urgență. Abia în 1935, pe baza unui concurs, obține la Spitalul Central un serviciu cu zece paturi, fără nici o dotare chirurgicală. Aceste zece paturi sînt începutul neurochirurgiei științifice la noi. Pînă la el s-au mai încercat operații neurochirurgicale, fără a avea însă o bază neurologică și științifică. Datorită pregătirii, seriozității și îndemînării ajunge în scurt timp să se impună tuturor. Democrat convins, participă cu toată energia la marile transformări sociale care au loc în patria noastră.

În 1945 este numit ministru al sănătății. În această funcție mare rămîne același om modest. Vedea în funcția ce i s-a încredințat o sarcină de mare răspundere, ce trebuia îndeplinită conștiincios. Printre numeroasele sale lucrări științifice merită să fie reținute «Tratamentul chirurgical al gomelor cerebrale», «Condroblastoamele intracraniene», «Tumorile frontale», etc.

Facultatea de medicină din Cluj înscrie printre chirurgii iscusiți pe Iosif Brandt (1838—1912), care a executat, printre primii, ovariectomia, iar în 1872 face o nefrectomie citată ca a treia în literatură, pînă la acea dată.

Printre întemeietorii de școală chirurgicală trebuie citați: E. Juvara, I. Iacobovici, Amza Jianu, Traian Nasta, I. Jianu, N. Hortolomei.

SPITALUL UNIFICAT DE ADULȚI

ROLUL ȘI SARCINILE SECȚIEI DE CHIRURGIE

Activitatea chirurgicală se desfășoară în spitalul unificat. Este de la sine înțeles că medicul, pentru a-și îndeplini cu succes munca, trebuie să cunoască organizarea și funcționarea spitalului unificat, legăturile și sarcinile chirurgului. Chirurgul trebuie să cunoască în plus, în mod perfect, organizarea și funcționarea secției de chirurgie.

N. I. Pirogov, și mai apoi Botkin, au fost, încă pe vremea lor, impresionați de inegalitatea și diversitatea de tratament, de lipsa de nivel științific a medicilor din diferite secții chirurgicale. Ei au recomandat colaborarea strînsă dintre spital și policlinică. Această recomandare nu a fost realizată în mod organizat decît în 1948, prin unificarea spitalului cu policlinica și circumscripția. Ideea unificării și realizarea ei au luat ființă pentru prima oară în lume în U.R.S.S. Unificarea a fost posibilă ca idee și ca realizare numai datorită dezvoltării socialiste a statului sovietic și este o urmare a socializării muncii medicale. Unificarea nu poate fi concepută, și cu atît mai mult realizată, într-un stat capitalist, în care activitatea medicului este individualistă și se sprijină pe exploatare. Unificarea s-a aplicat la noi în țară în 1951, folosind exemplul și experiența U.R.S.S. în această problemă.

PRINCIPIILE ORGANIZATORICE ALE UNIFICĂRII

Teritorializarea înseamnă că spitalul unificat de adulți deservește un anumit teritoriu. În prezent, acest teritoriu corespunde în general cu un raion, de unde și expresia de «*raionarea spitalului*». În perspectivă, în stadii mai avansate ale unificării, se vor dezvolta, ceea ce de fapt a și început, spitale de circuit închis pe lîngă marile întreprinderi industriale, spitale de circumscripție profilate pe două secții (terapie și chirurgie), și spitale regionale, care, pe lîngă funcția terapeutică medicală, chirurgicală în cadrul raionului, vor avea de rezolvat problemele medicale curative și profilactice specifice regiunii. Spitalul regional are în același timp și funcția de centru metodologic, de învățămînt medical pentru ridicarea și recalificarea medicilor din regiunea respectivă.

Unicitatea medicinei. Concepția despre medicină ca un tot unitar, al cărei scop este îngrijirea sănătății omului, stă la baza unificării. Unicitatea nu exclude specializarea, dimpotrivă, cere o calificare și specializare cît mai adîncă, dar impune, în același timp, o colaborare strînsă între toți medicii de pe teritoriul spitalului unificat, indiferent de specialitatea lor. Această conlucrare și colaborare se face pe teren, în policlinică și staționar. Oto-rino-laringologul, oftalmologul, chirurgul, terapeutul, nu pot lucra izolat, ei trebuie să conlucreze armonios pentru stabilirea unui diagnostic timpuriu și precis, folosind, fiecare, tehnicitatea dobîndită prin specializarea lui. Rolul coordonator al acestei colaborări trebuie să revină terapeutului.

Chirurgul nu poate lucra izolat; el trebuie să colaboreze cu ceilalţi specialişti din spitalul unificat. El nu trebuie să uite că tratamentul chirurgical, cu tot specificul său, este o formă de tratament ce se aplică unui bolnav care a mai fost îngrijit şi care eventual urmează să mai fie îngrijit de terapeut.

PRINCIPIILE DE FUNCŢIONARE

Unificarea spitalului cu policlinica şi circumscripţia trebuie să rezolve sarcini deosebit de însemnate.

Ajutorul chirurgical calificat trebuie să fie cît mai aproape de locul de muncă şi să cuprindă pături largi ale populaţiei. În statul capitalist, bolnavul trebuie să vină la medic ca să se îngrijească şi aceasta este posibil numai dacă dispune de bani pentru consultaţie şi poate să plătească un tratament costisitor. Sănătatea oamenilor este o problemă individuală, personală, a bolnavului. Statul nu se interesează de sănătatea oamenilor muncii decît atunci cînd boala lor ameninţă clasele exploatatoare. În statul socialist, care este interesat şi obligat să asigure o cît mai bună şi grabnică îngrijire a sănătăţii celor ce muncesc, sănătatea oamenilor muncii este problemă de stat. De aci rezultă că ajutorul medico-chirurgical trebuie să fie calificat şi cît mai aproape de locul de muncă. Medicul vine la bolnav şi, mai mult, el trebuie să ia măsurile preventive ca omul să nu ajungă bolnav.

Orientarea activităţii medicale este profilactică, realizînd vechiul principiu «*este mai uşor să previi o boală decît să o vindeci*». Metoda preventivă se realizează prin:

Dispensarizarea, deocamdată numai a unor colectivităţi (şantiere, uzine, fabrici), iar în viitor chiar teritorial. Dispensarizarea este o măsură profilactico-curativă. Prin dispensarizare se înţelege luarea în observaţie medicală permanentă a unei colectivităţi, cunoaşterea fiecărui om în parte, înscrierea, atît a celor suferinzi, cît şi a celor sănătoşi. Dispensarizarea curativă se referă la cazurile care au fost tratate într-o secţie de staţionar şi trebuie urmărite în timp pentru a vedea rezultatele îndepărtate ale terapiei aplicate şi a aprecia capacitatea de muncă.

Studierea şi cunoaşterea cauzelor de îmbolnăvire în raion, întreprinderi, fabrici: cunoaşterea noxelor şi a specificului patologic al raionului (guşă, malarie), incidenţa anumitor boli, studierea cauzelor şi a patogeniei bolii.

Izolarea suspecţilor, contacţilor, purtătorilor de germeni în cazul bolilor infecto-contagioase.

Examene periodice ale tuturor oamenilor muncii din întreprinderi şi fabrici, prin microradiografie, analize de sînge, etc. Această metodă a permis descoperirea în faze incipiente a unor boli mute timp îndelungat din punct de vedere clinic, cum sînt: chistul hidatic pulmonar, cancerul pulmonar, referindu-ne bineînţeles la bolile de interes chirurgical.

Măsuri igienico-sanitare, măsuri de protecţie a muncii, vaccinări preventive, etc.

Educaţia sanitară de mase este cea mai importantă dintre toate măsurile profilactice. Cunoaşterea de către mase a noţiunilor elementare despre boală, despre cauzele care o produc şi a măsurilor igienice de a o preîntîmpina lărgeşte în mod considerabil lupta împotriva îmbolnăvirii. Se realizează principiul leninist «sănătatea oamenilor muncii trebuie să fie propria lor operă».

Ridicarea continuă a calităţii muncii medicale prin calificarea neîntreruptă a cadrelor. De calificarea cadrelor depinde calitatea muncii. Medicul de teren se încadrează într-o muncă clinică, unde studiul bolnavului se face complet şi complex, folosind consultul cu ceilalţi specialişti din staţionar. Medicul îşi controlează diagnosticul de la policlinică, cunoaşte punctele slabe care l-au dus la neconcordanţa de diagnostic.

Unificarea a permis medicului să cunoască boala în mod evolutiv, în diferitele ei stadii, de la primul consult pînă la stabilirea diagnosticului definitiv. Nivelul teoretic al medicului se ridică prin această muncă, trecînd de la un practicism îngust la o înțelegere fiziopatologică a procesului patologic. Activitatea complexă a medicului a făcut ca nepotrivirea dintre diagnosticul de la policlinică şi staţionar să scadă simţitor. Iată cîteva date: B. K. Semenov (R.A.S.S. Iakută) arată cum a evoluat procentul de neconcordanță de la unificare: în 1948 era 10,8%, ca în 1949 să scadă la 6%, iar în 1950 la 2,1%. V. I. Strucikov şi B. M. Maţok arată că procentul de neconcordanţă a variat în 1948, în raport cu diferite grupe de boli între 7,8—15%, ca să scadă în 1950 între 1,4—3,1%. Aceleaşi rezultate bune s-au obţinut şi la noi, deşi timpul scurs de la unificare este relativ scurt. O. Troianescu, P. Borş, S. Panca, Gh. Lazăr şi S. Wesler arată în comunicarea lor cum a evoluat indicele de neconcordanță al bolilor chirurgicale de la unificare pînă în prezent. Astfel, în 1951 era de 25%, în primul an de unificare de 15%, ca după al doilea an (1953) să fie de 7%.

REZULTATELE UNIFICĂRII

Deşi timpul scurs de la unificare este scurt, putem aprecia unele rezultate datorite unificării.

Imbunătăţirea muncii medicale. Toţi indicii (de concordanţă, de spitalizare, de folosire a patului, de mortalitate operatorie) arată că unificarea a adus rezultate pozitive şi că are perspective să îmbunătăţească şi mai mult primele rezultate obţinute.

Tratament unitar în staţionar şi policlinică. Prin colaborarea medicului de teren în munca din staţionar şi policlinică, precum şi prin îndrumarea dată de medicii din staţionar muncii sanitare din policlinică şi de pe teren, s-a ajuns la stabilirea unor puncte de vedere terapeutice unitare care se aplică, atît în staţionar, cît şi în policlinică. Totodată s-a ajuns la scurtarea timpului de spitalizare, căci unitatea de concepţie terapeutică îngăduie ca o parte din pregătirea preoperatorie şi postoperatorie să se facă la policlinică.

Urmărirea rezultatelor îndepărtate ale diferitelor metode de tratament, ceea ce duce la o apreciere justă a valorii metodelor folosite şi înlesneşte o ridicare a calităţii muncii prin îmbunătăţirea tehnicii şi principiilor terapeutice.

O mai bună organizare a depistării, a diagnosticului timpuriu, a tratamentului de urgenţă; transportul se face imediat, asistenţa medicală calificată se aplică în cel mai scurt timp. Aceste măsuri au făcut ca în multe urgenţe chirurgicale cum este de exemplu apendicita acută, mortalitatea operatorie să fie redusă în multe raioane din U.R.S.S. la zero.

SECŢIA DE CHIRURGIE DIN SPITALUL UNIFICAT DE ADULŢI

Secţia de chirurgie din spitalul unificat cuprinde: *staţionarul* (secţia de spital cu paturi), *policlinica* şi *circumscripţiile* arondate. Chirurgul lucrează în toate aceste formaţiuni. La circumscripţie, rolul chirurgului este să organizeze, să îndrume şi să coordoneze măsurile de prevenire a accidentelor de muncă şi aplicarea primului ajutor. La policlinică, chirurgul nu mai lucrează pe sistemul circumscripţiei. El face toate consultaţiile chirurgicale din raion. Aici el tratează formele de început ale bolii. În staţionar aplică terapia chirurgicală respectivă. După cum vedem, chirurgul, lucrînd în cele trei forme de organizare a spitalului unificat, face profilaxia bolilor chirurgicale, tratamentul formelor de început şi tratamentul curativ operator.

El aplică o terapie chirurgicală complexă profilactico-curativă.

ORGANIZAREA SECȚIEI DE CHIRURGIE

STAȚIONARUL DE CHIRURGIE

Secția cu paturi a spitalului unificat trebuie astfel organizată încît să asigure o îngrijire medicală de cel mai înalt nivel tehnic profesional. În același timp trebuie să creeze bolnavului cele mai *bune condiții de spitalizare și alimentație*. Prin organizarea interioară, staționarul trebuie să ofere condiții de mediu înconjurător care să protejeze psihicul bolnavului, să înlăture traumatismele neuropsihice — teama bolnavului de operație.

Saloanele trebuie să aibă un cubaj suficient, 10—12 m³ pentru fiecare bolnav, să fie luminoase, temperatura camerei să nu depășească 20⁰. Căldura prea mare obosește bolnavul și-i provoacă insomnii; temperatura scăzută îl expune la complicații pulmonare. Culoarea pereților să fie odihnitoare. Cele mai bune culori sînt albastru-deschis sau verde-palid. Culoarea albă este obositoare. Cea mai bună pardoseală este de mozaic acoperit cu linoleum.

Bolnavii care produc mirosuri grele (urinari, arși) să nu stea mai mult de doi în cameră. Bolnavii foarte grav să fie puși singuri în cameră.

Comunicarea spre saloane e bine să se facă prin culoare largi, aerisite și bine luminate.

În secția de chirurgie, o importanță deosebită o au sălile anexe: oficiul, baia, toaleta, camera pentru îmbrăcatul surorilor și al personalului. În spitalele mai mari se pot amenaja sufragerii pentru bolnavii care pot umbla, săli de lectură, sală de primire pentru rude și cunoscuți.

Este bine ca numărul de paturi în salonul de bolnavi să nu fie mai mare de șase. Salonul trebuie să fie aranjat cu gust, să ofere o ambianță plăcută, odihnitoare pentru bolnav și în același timp să comunice acestuia încredere în îngrijirea ce o va primi. Micile măsuri pavloviste care au fost aplicate în U.R.S.S., în spitalele din Makarovo și Vinogradov, și extinse la multe alte spitale, au devenit celebre. Încercarea făcută la spitalul din Piatra-Neamț de a aplica la noi aceste măsuri a arătat că ele se pot folosi pretutindeni. Curățenia salonului, vasele cu flori, fotografiile așezate cu gust, perdeluțele, fac ca salonul de bolnavi să-și piardă caracterul lui rece și trist și-l transformă într-o încăpere ospitalieră și familiară. Aceasta face ca întreaga activitate nervoasă superioară, întreaga activitate a organismului și toate organele care intervin în metabolism să aibă reacții mult mai favorabile în procesul de vindecare.

Aranjarea salonului, înfrumusețarea lui sînt foarte bune, dar aceasta nu-i totul. Omul — care și prin aceasta se deosebește de toate celelalte viețuitoare — folosește totodată și graiul. Pavlov spunea: «desigur, cuvîntul este pentru om un excitant condiționat tot atît de real ca și ceilalți excitanți, comuni lui și animalelor. În același timp însă, acest excitant este atotcuprinzător, neputînd fi comparat în această privință, nici cantitativ, nici calitativ, cu ceilalți excitanți condiționați pentru animale».

Tocmai de aceea, personalul medical și sanitar trebuie să aibă continuu în minte că un cuvînt, un gest, o atitudine nepotrivită, pot deveni un factor de influențare a evoluției bolii. Atitudinea blîndă, felul cum se apropie de bolnav, efortul pe care-l face ca să fie înțeles și să înțeleagă neliniștea oamenilor, duc la stabilirea unor raporturi de încredere între bolnav și medicul care-l va opera. Să nu se uite că *orice convorbire a medicului și a personalului sanitar cu bolnavii poate avea un caracter psihoterapic sau, dimpotrivă, iatrogen*[1]. Chirurgii spitalului din Makarovo acordă o deosebită atenție pregătirii psihoprofilactice a bolnavilor pentru operație. Această pregătire constă în a îndepărta orice teamă de operație, prin explicarea necesității operației, prin familiarizarea bolnavului cu mediul din sala de operație, astfel ca atitudinea conștientă a bolnavului față de intervenția

[1] iatros = medic; genao = a da naștere. Tulburări produse din cauza unui cuvînt spus de medic.

chirurgicală să contribuie la buna reușită a acesteia. V. T. Skrobot, făcînd o anchetă printre bolnavii supuși la un regim de protecție, cărora li se făcuse și o pregătire psihoprofilactică pentru operație, constată că marea majoritate a acestor bolnavi au avut un mers postoperator liniștit. Pentru a îndepărta diferiții excitanți acustici din spital, care se datoresc în cea mai mare parte chiar personalului sanitar (zgomote, lovituri, vorbitul tare), la Makarovo s-a introdus sistemul vorbitului în șoaptă. Desigur că sistemul vorbitului în șoaptă este indicat numai în orele de odihnă ale bolnavilor și în discuțiile obișnuite ale personalului.

Serviciul de primire este hotarul care-l desparte pe bolnav sau traumatizat de lumea lui obișnuită și-l introduce în spital, o lume cu totul nouă pentru el. *Primirea bolnavilor trebuie să fie rapidă și netraumatizantă, atît fizic, cît și moral.* Trecerea bolnavului prin diferitele etape ale primirii, înscrierea lui, examenul medical, îmbăierea, transportul lui în salon, sînt numeroase motive pentru a influența în rău starea nervoasă a bolnavului. Așteptarea, cîteodată cu orele, a medicului de gardă, care este «ocupat», operează sau pansează, întîrzierea consultației, fac pe bolnav să-și piardă încrederea în îngrijirea ce o va avea în spital.

Baia este uneori un motiv de demoralizare. Bolnavul trebuie lămurit că îmbăierea și dezinfectarea sînt în interesul lui personal. Trebuie ținut seamă de starea afectivă a bolnavului așa încît psihicul lui să nu fie traumatizat.

O măsură de protecție pavlovistă, care prea adesea se uită, este *cultura fizică. Gimnastica medicală, prin ritmicitatea ei*, prin excitațiile pornite din proprioceptorii musculari și articulari, este o excelentă metodă de refacere a echilibrului cortical, a echilibrului dintre excitație și inhibiție; *se activează toate schimburile metabolice și s schimbă reactivitatea tuturor funcțiilor din organism.* In spitalele din R.S.S. Ucraineană s-a introdus pe o scară întinsă cultura fizică. In spitalele din Makarovo, Vinogradov, etc. se transmite zilnic un program de gimnastică de dimineață, însoțit de muzică. Instructorul de cultură fizică duce munca individuală cu bolnavii.

S t a ț i o n a r u l cuprinde cel puțin două secții: *secția septică* și *aseptică*. In general, bolnavii trebuie grupați în saloane, nu numai după sex, dar, pe cît posibil, *pe grupe de boli și chiar, în cadrul aceleiași boli, după fazele ei.* E bine să existe un salon pentru pregătirea preoperatorie, un salon pentru bolnavii de curînd operați (pentru deșocare și trezirea din anestezie) și săli pentru convalescenți. Desigur că nu toate unitățile pot duce pînă la capăt și pînă în cele mai mici amănunte această împărțire. In orice caz, *secția de chirurgie din spital este obligată să separe bolnavii septici de cei aseptici.*

Sălile de pansamente trebuie să fie diferite pentru bolnavii septici și aseptici. In spitalul cu o singură sală de pansamente, în care aceste posibilități nu există, se va reglementa ordinea venirii bolnavilor la pansament. *Se va începe cu bolnavii aseptici.* În acest caz trebuie să se folosească instrumente diferite pentru septici și aseptici. La sfîrșitul pansamentelor, sala trebuie curățată și dezinfectată.

Sala de pansamente mai poate fi folosită pentru examenul bolnavilor internați, unele explorări chirurgicale, pregătire pentru operație, spălături, bărbierit, etc.

Sala de pansamente trebuie să fie luminoasă, bine aerisită, cu atît mai mult cu cît aerul se viciază din cauza mirosului produs de pansamente.

În sala de pansamente se găsește numai mobilierul strict necesar și potrivit scopului: masa de pansamente, masa de instrumente și dulap pentru instrumente, cîteva taburete metalice cu ghivent și instalația pentru spălatul mîinilor.

Instrumentele se sterilizează prin fierbere. Este nevoie de un fierbător electric sau cu gaze, care funcționează tot timpul cît durează pansamentele. Accesul în sală trebuie să fie ușor, pentru a se putea intra cu căruciorul.

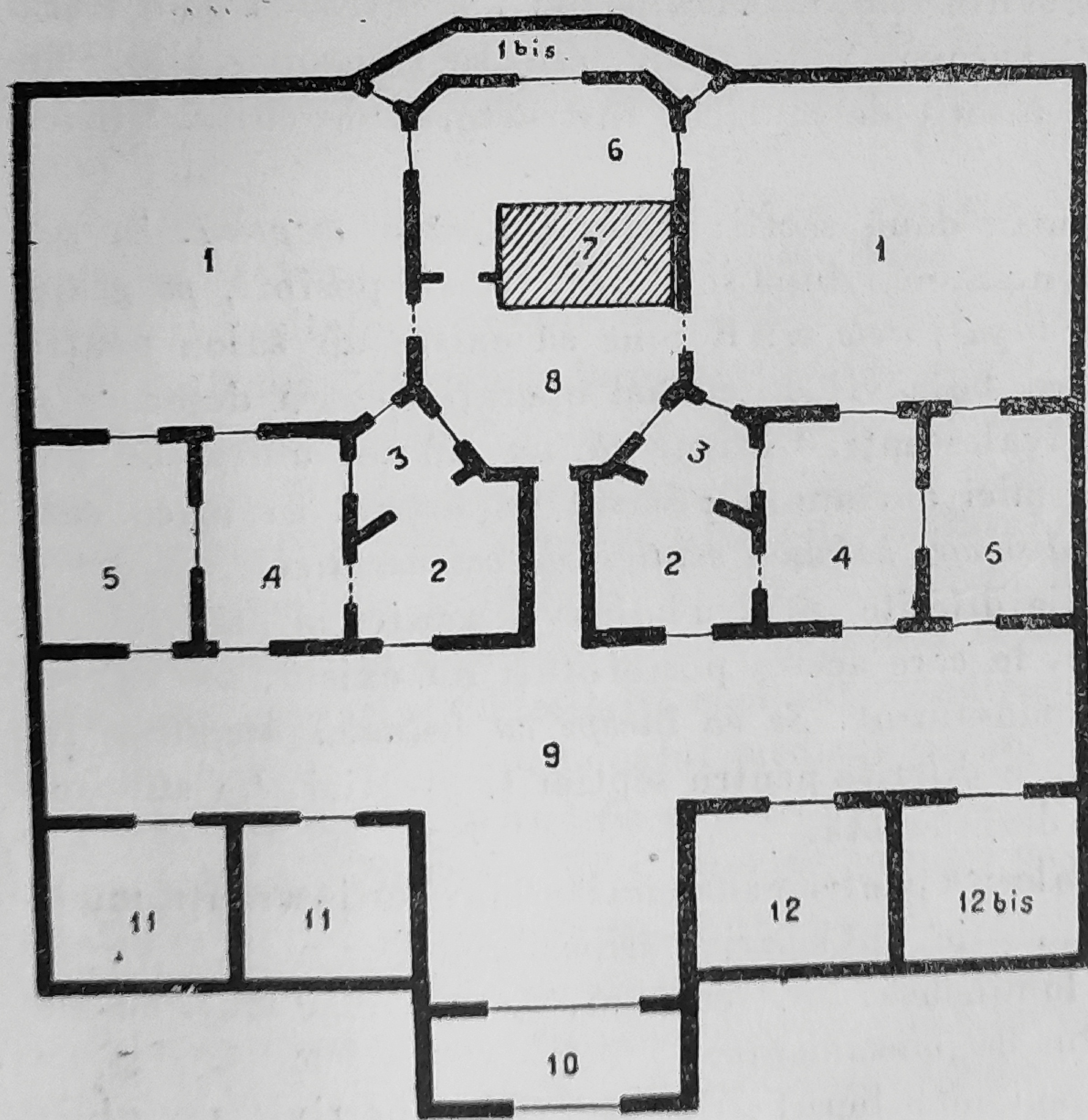
Organizarea unei săli de pansamente depinde de numărul şi felul pansamentelor. Scoaterea şi aplicarea feşilor se pot face de felceri sau surori, ceea ce uşurează mult munca sălii de pansamente.

În sala de pansamente trebuie să se găsească instrumentele necesare: pense, foarfece, sonde canelate, agrafe, pense vaginale, tuburi de dren, ace de cusut, vase pentru strîns pansamentele murdare, etc.; cînd acestea produc un miros fetid, se vor îndepărta imediat din sală.

Sala de operaţie. Ceea ce constituie un specific de lucru al secţiei de chirurgie este terapia operatorie. Operaţia trebuie executată în condiţii de securitate maximă. Tocmai de aceea organizarea sălii de operaţie trebuie să fie o grijă permanentă şi principală a şefului de secţie şi a direcţiei spitalului. *Sala de operaţie şi toate sălile anexe trebuie să fie grupate astfel ca munca în aceste săli să nu necesite alergarea dintr-un cap la altul al secţiei.* Această grupare constituie «blocul operator» (fig. 9). El trebuie să fie astfel situat încît bolnavii şi personalul să nu umble prin culoarele şi sălile care deservesc blocul. Blocul operator cuprinde sala pentru operaţii aseptice, sala de preanestezie, sala de sterilizare a materialului pentru operaţie, sala pentru spălatul şi dezinfecţia mîinilor, sala de reanimare şi deşocare.

In sala de operaţii aseptice se fac numai operaţiile în care timpul septic este limitat. Operaţiile colecţiilor purulente superficiale sau cavitare se fac în sala de operaţii septice sau, în lipsă, în sala de pansamente. In acest caz se vor folosi instrumente separate.

Sala de operaţii aseptice trebuie să fie ţinută într-o curăţenie exemplară. In sală nu intră decît persoanele strict necesare şi acestea trebuie să respecte regulile elementare ale asepsiei. *Forfoteala prin sala de operaţie, nu numai că stînjeneşte munca, dar pune în nesiguranţă actul operator.* In sala de operaţie trebuie respectate, ca şi în întreg spitalul, regulile de pavlovism. *In timpul operaţiei nu sînt îngăduite conversaţia şi comentariile asupra operaţiei.*



1. — sala de operaţie; 2. — camera pentru spălat mîinile; 3. — pentru îmbrăcat; 4. — anestezia; 5. — reanimarea; — 6. pregătirea instrumentelor; 7. — autoclav; 8. — camera sorii de la sala de operaţii; 9 — culoar de legătură; 10. — camera chirurgilor; 11. — laborator (radiologie, anatomie patologică, etc.).

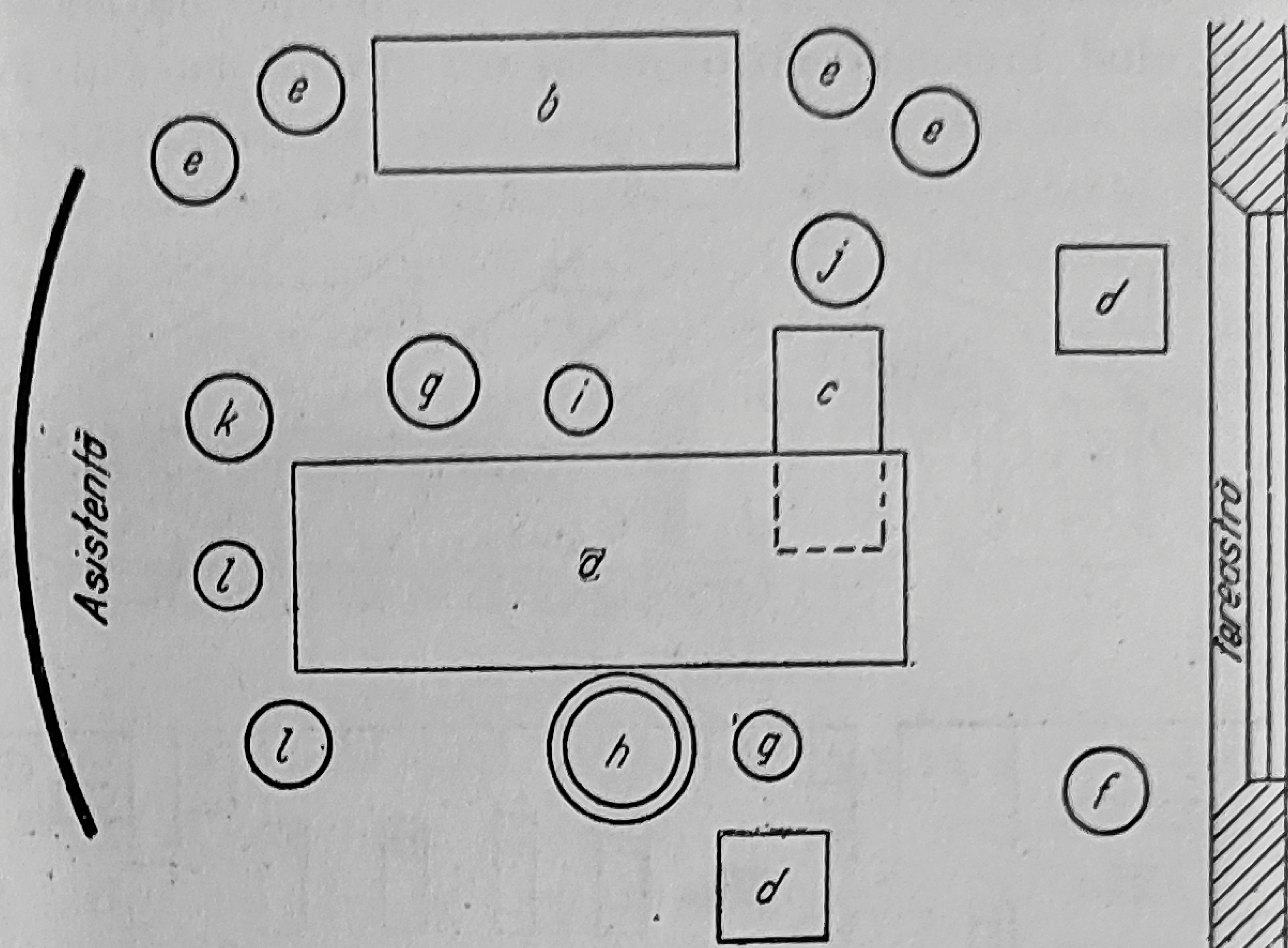
Fig. 9. — Schema de aranjare a încăperilor în blocul operator.

Sala să fie destul de încăpătoare ca să permită uşor mişcarea personalului necesar operaţiei. *Luminarea sălii* este o problemă foarte importantă. Tavanul de sticlă nu s-a dovedit bun, mai ales iarna, cînd, din cauza răcirii, se umezeşte şi apa picură în rană. De obicei se foloseşte iluminatul artificial. Cea mai bună lumină, deşi departe de a fi ideală, este dată de lampa scialitică. Pentru operaţii în profunzime se folosesc reflectoare. Lumina electrică este cea mai bună. În lipsa ei se foloseşte lampa de petrol. Oricît de bună ar fi instalaţia de lumină, o sală de operaţie trebuie să aibă de rezervă şi o lampă de petrol. Intreruperea curentului în timpul operaţiei pune în pericol viaţa bolnavului.

Incălzirea sălii de operație este de obicei centrală; în spitalele mai mici, ea se face prin sobe. In acest caz este bine ca sobele să fie astfel construite încît introducerea focului să nu se facă prin sala de operație, ci dinafara ei. Pentru a evita curenții de aer, care ar ridica praful de pe sobă, este necesar ca încălzirea să se facă mult timp înaintea operației. Temperatura să nu depășească 20°.

Ventilația sălii este necesară pentru a îngădui îndepărtarea vaporilor de eter, cloroform, bioxid de carbon. Ea se face în mod natural, prin deschiderea ferestrelor. Vara, ferestrele trebuie să fie prevăzute cu plase de sîrmă pentru a împiedica pătrunderea muștelor. La nevoie se pot folosi ventilatoare.

Mobilierul sălii trebuie să cuprindă strictul necesar: masa de operație, masa de instrumente, o masă pentru materialul de pansat, masă pentru medicamentele uzuale, masă pentru anestezie. Nu este bine ca spălarea mîinilor să se facă în sala de operație; pentru pregătirea mîinilor trebuie o cameră separată.



a) masa de operație; *b)* masa pentru instrumente; *c)* masa de instrumente; *d)* măsuță pentru aparate accesorii sau pentru soluții; *e)* suporturi pentru casolete; *f)* lampă pentru lumină laterală; *g)* ligheane pentru compresele și instrumentele folosite; *h)* chirurgul *i)* asistentul; *j)* instrumentar; *k)* masă pentru narcoză; *l)* anestezist

Fig. 10. — Economia sălii de operații — după S. M. Rubașov. Așezarea personalului din sala de operație, în cazul unei intervenții pe esofag.

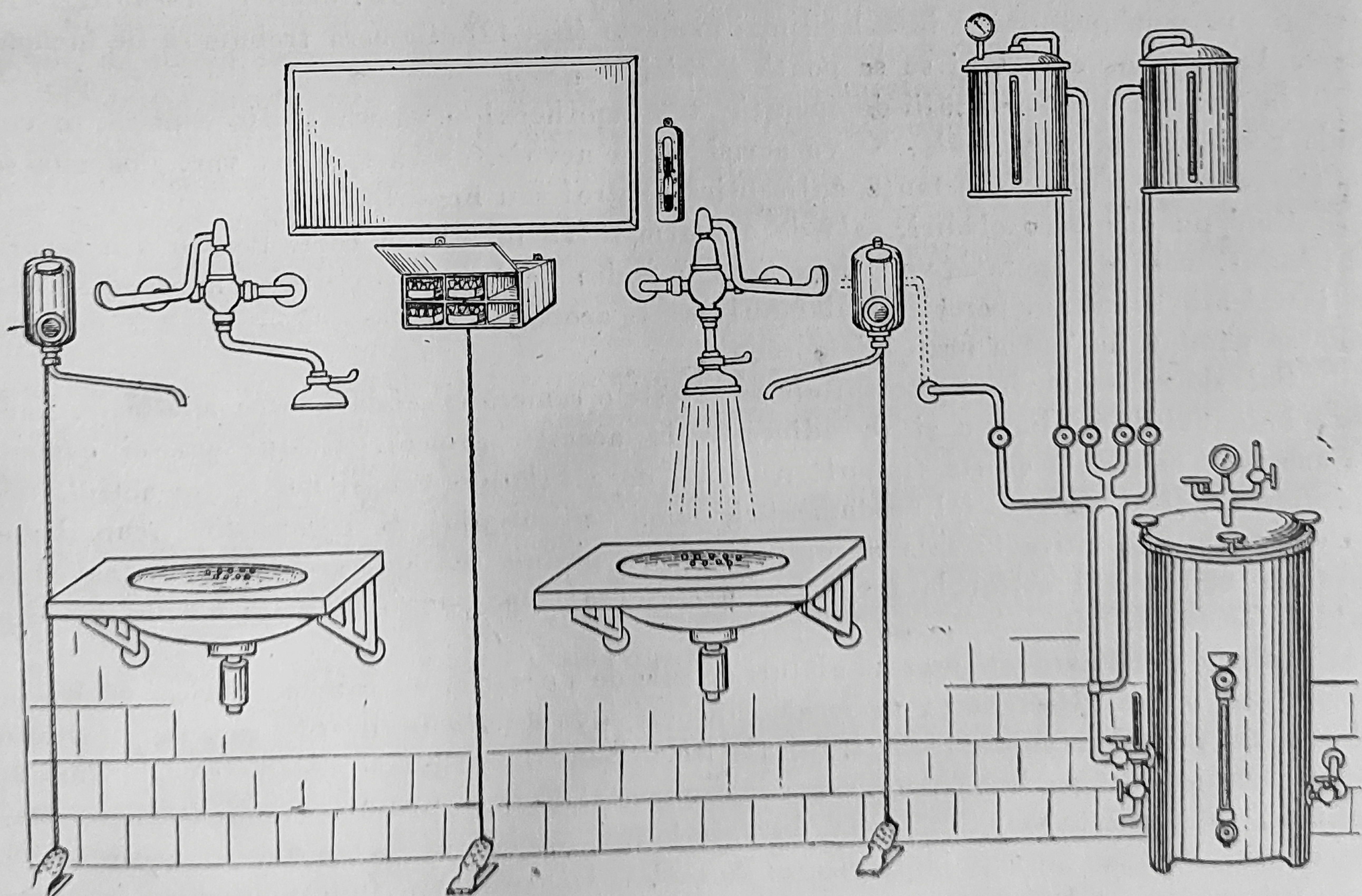
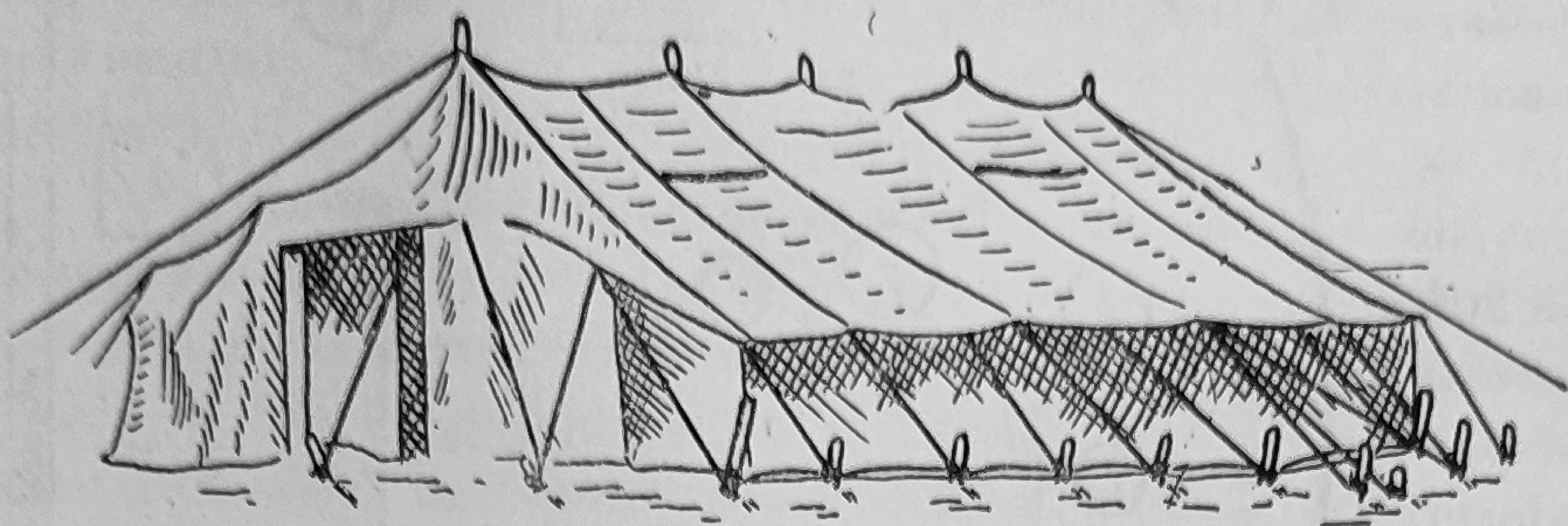


Fig. 11. — Sala pentru spălat mîinile.

Economia sălii de operaţie. Poziţia chirurgului şi a ajutoarelor sale este diferită de la caz la caz, atît în ceea ce priveşte numărul de ajutoare, cît şi aşezarea lor în jurul mesei de operaţie, depinzînd de felul operaţiei. Dacă pentru operaţiile mici, cînd lucrează chirurgul şi un ajutor, cu sau fără soră instrumentară, aşezarea asistenţilor nu-i o problemă, pentru operaţii mai mari, cum ar fi operaţii pe torace sau pentru esofag, economia spaţiului chirurgical devine importantă (fig. 10).



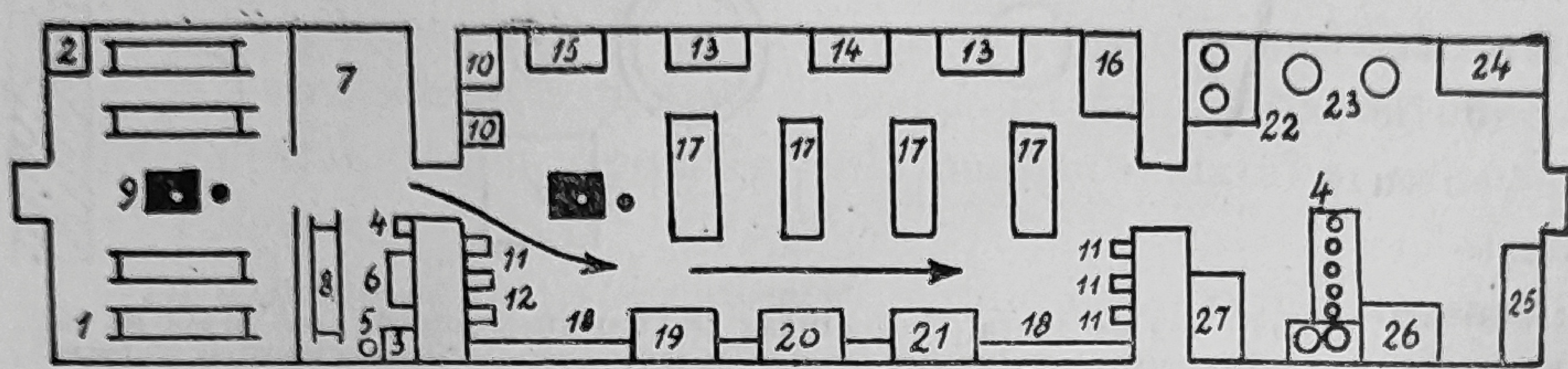


Fig. 12. — Schema de organizare a unei săli de operaţie în condiţii excepţionale.

Sala pentru spălat mîinile. În spitalele bine dotate se găseşte o sală specială pentru dezinfecţia mîinilor chirurgului (fig. 11). Aici se găsesc lavoare-robinete prin care vine apă sterilizată, şi care sînt manevrate, fie prin pîrghii lungi, fie prin pedale. Pentru săpun şi perii sînt aparate speciale care se manevrează prin pedale. E. Juvara a imaginat asemenea aparate pentru distribuit săpunul şi periile. În locul periilor se pot folosi rufele sau comprese de tifon.

Organizarea sălii de operaţie în condiţii excepţionale. Sala de operaţie poate uneori (condiţii de campanie) să fie instalată în clădiri necorespunzătoare (şcoli, clădiri obişnuite). În acest caz ne vom mulţumi cu instalaţii mai modeste (fig. 12). Camera trebuie să fie încăpătoare, luminoasă, curată şi să se poată încălzi.

În vederea pregătirii sălii de operaţie, tot mobilierul se va scoate din cameră, se vor spăla geamurile şi pardoseala. Se va aerisi şi, la nevoie, se va spoi cu var. Podeaua se va şterge zilnic cu o substanţă antiseptică, petrol sau bradolină.

Cînd nu se găsesc clădiri, sala de operaţie se va instala în cort. Pentru a o separa de pămînt, masa de operaţie va fi aşezată pe o podea de lemn acoperită cu linoleum. Dacă se instalează subteran, pereţii şi plafonul vor fi acoperiţi cu cearşafuri, pentru a evita căderea pămîntului sau a prafului în rană.

Sala de anestezie. In multe spitale se găseşte o cameră specială pentru anestezie. Narcoza bolnavului se începe şi se adînceşte în această cameră. Rostul acestei camere de anestezie este de a scurta timpul operaţiei, de a înlătura timpii morţi din activitatea chirurgicală şi a creşte astfel randamentul muncii chirurgului, de a împiedica acumularea de substanţe anestezice în sala de operaţie, de a proteja scoarţa cerebrală a bolnavului, care nu mai asistă astfel la pregătirea propriei sale operaţii şi la toată activitatea din sala de operaţie.

Sala de sterilizare este aşezată alături de sala de operaţie, cu care comunică printr-un ghişeu sau o uşă. Sterilizarea modernă cuprinde aparaturi complicate, care se încălzesc electric sau prin aburi supraîncălziţi. Instalaţiile folosite în spitalele noastre sînt de ambele tipuri; ele permit, pe lîngă sterilizarea instrumentelor, să se prepare soluţii izotonice sterilizate, apă distilată sterilizată, etc. In spitale mai mici şi în spitale de campanie se folosesc autoclave sau aparate improvizate. Autoclavul de campanie funcţionează cu încălzire prin primus sau cu lemne.

Camera pentru instrumente. Dulapul cu instrumente se găsește adesea în sala de sterilizare, ceea ce nu-i tocmai bine, căci aici este multă umezeală, care strică instrumentele. De aceea este bine să existe o cameră specială; în această cameră se pregătește și materialul pentru operație.

Camera pentru trezire și reanimare. În spitalele moderne, alături de sala de operație se găsește o cameră în care este trecut bolnavul pînă la trezire. Aici este instalat cortul de oxigen, pulmotorul, etc. Tot în această cameră se combate șocul postoperator, folosind toate posibilitățile tehnice de reanimare. Această cameră este foarte folositoare, căci îngăduie o terapie bună, cu aparatura potrivită, astfel că bolnavul, cînd este trimis în salon, nu mai impresionează pe ceilalți bolnavi.

PREGĂTIREA BOLNAVULUI PENTRU OPERAȚIE

Operația prin ea însăși, ideea de operație, este un traumatism psihic, care schimbă întreaga reactivitate a organismului. Este un fapt de observație clinică obișnuit că la femeile internate pentru operație, ciclul menstrual se modifică: uneori apare mai devreme, alteori mai tîrziu. Aceste tulburări ne arată influența stării psihice asupra echilibrului endocrino-vegetativ. I. G. Rufanov are dreptate cînd spune că trebuie să dăm atenție temerilor bolnavului față de operație și să ținem seamă de ele. I. M. Topcibașev spune: «Starea psihică a bolnavului supus unui tratament chirurgical trebuie studiată din momentul internării în spital și pînă la ieșire». El deosebește cinci perioade: a) perioada examinării bolnavului; b) ziua premergătoare operației; c) anestezia; d) operația; e) perioada după operație.

În perioada preoperatorie grija principală o constituie stabilirea unui diagnostic precis și indicația operatorie. N. N. Petrov spune: «*chirurgul să respecte regula de a nu începe nici un fel de operație înainte de a fi stabilit personal următoarele patru puncte: a) diagnosticul sigur b) indicația operatorie; c) planul operației; d) anestezia.*»

Pregătirea preoperatorie trebuie să țină seamă de boala pentru care bolnavul va fi operat, de starea organismului luat în întregime și de temperament.

Operația începe prin anestezie. În linii generale, anestezia se va alege astfel ca riscurile ei să nu întreacă gravitatea operației. I. M. Topcibașev spune că anestezia trebuie să fie strict individualizată astfel încît fiecarui bolnav să i se facă anestezia cea mai adecvată. Bolnavul trebuie observat și controlat tot timpul operației. *Nici o operație de oarecare gravitate nu trebuie executată fără a avea la îndemînă toate mijloacele de reanimare.*

Rapiditatea execuției operației nu trebuie să fie o preocupare. M. M. Bass spune: «partea artistică a operației este bună și frumoasă cît timp ea decurge ca ceva normal, din coordonarea mișcărilor chirurgului și ale ajutoarelor sale, dar nu trebuie să fie unica preocupare a chirurgului». *Experiența zilnică ne arată că operații mai puțin spectaculoase dau rezultate mai bune, imediat și în timp, decît operații făcute cu scop de virtuozitate.* R. Leriche spune: «*virtuozitatea se plătește în modificări biochimice*», înțelegînd prin aceasta că operația făcută numai cu scop de virtuozitate expune la apariția șocului operator.

Calmul chirurgului este necesar conducerii operației în bune condiții. Chirurgul care-și bruschează ajutoarele, cu sau fără motiv, întîrzie operația, intimidează ajutoarele, și toate acestea în dauna sănătății bolnavului.

ORGANIZAREA CABINETULUI CHIRURGICAL DE LA POLICLINICĂ

Cabinetul chirurgical de la policlinică trebuie să corespundă scopului lui, și anume: să asigure consultațiile, micile intervenții și tratamentele. Cabinetul trebuie să cuprindă cel puțin trei încăperi: cabinetul medicului, sala de consultații și sala de tratament. Alături de aceasta trebuie să se găsească sala pentru sterilizarea materialului de operație și sala

Camera pentru instrumente. Dulapul cu instrumente se găseşte adesea în sala de sterilizare, ceea ce nu-i tocmai bine, căci aici este multă umezeală, care strică instrumentele. De aceea este bine să existe o cameră specială; în această cameră se pregăteşte şi materialul pentru operaţie.

Camera pentru trezire şi reanimare. În spitalele moderne, alături de sala de operaţie se găseşte o cameră în care este trecut bolnavul pînă la trezire. Aici este instalat cortul de oxigen, pulmotorul, etc. Tot în această cameră se combate şocul postoperator, folosind toate posibilităţile tehnice de reanimare. Această cameră este foarte folositoare, căci îngăduie o terapie bună, cu aparatura potrivită, astfel că bolnavul, cînd este trimis în salon, nu mai impresionează pe ceilalţi bolnavi.

PREGĂTIREA BOLNAVULUI PENTRU OPERAŢIE

Operaţia prin ea însăşi, ideea de operaţie, este un traumatism psihic, care schimbă întreaga reactivitate a organismului. Este un fapt de observaţie clinică obişnuit că la femeile internate pentru operaţie, ciclul menstrual se modifică: uneori apare mai devreme, alteori mai tîrziu. Aceste tulburări ne arată influenţa stării psihice asupra echilibrului endocrino-vegetativ. I. G. Rufanov are dreptate cînd spune că trebuie să dăm atenţie temerilor bolnavului faţă de operaţie şi să ţinem seamă de ele. I. M. Topcibaşev spune: «Starea psihică a bolnavului supus unui tratament chirurgical trebuie studiată din momentul internării în spital şi pînă la ieşire». El deosebeşte cinci perioade: a) perioada examinării bolnavului; b) ziua premergătoare operaţiei; c) anestezia; d) operaţia; e) perioada după operaţie.

În perioada preoperatorie grija principală o constituie stabilirea unui diagnostic precis şi indicaţia operatorie. N. N. Petrov spune: «*chirurgul să respecte regula de a nu începe nici un fel de operaţie înainte de a fi stabilit personal următoarele patru puncte*: a) *diagnosticul sigur* b) *indicaţia operatorie*; c) *planul operaţiei*; d) *anestezia.*»

Pregătirea preoperatorie trebuie să ţină seamă de boala pentru care bolnavul va fi operat, de starea organismului luat în întregime şi de temperament.

Operaţia începe prin anestezie. În linii generale, anestezia se va alege astfel ca riscurile ei să nu întreacă gravitatea operaţiei. I. M. Topcibaşev spune că anestezia trebuie să fie strict individualizată astfel încît fiecarui bolnav să i se facă anestezia cea mai adecvată. Bolnavul trebuie observat şi controlat tot timpul operaţiei. *Nici o operaţie de oarecare gravitate nu trebuie executată fără a avea la îndemînă toate mijloacele de reanimare.*

Rapiditatea execuţiei operaţiei nu trebuie să fie o preocupare. M. M. Bass spune: «partea artistică a operaţiei este bună şi frumoasă cît timp ea decurge ca ceva normal, din coordonarea mişcărilor chirurgului şi ale ajutoarelor sale, dar nu trebuie să fie unica preocupare a chirurgului». *Experienţa zilnică ne arată că operaţii mai puţin spectaculoase dau rezultate mai bune, imediat şi în timp, decît operaţii făcute cu scop de virtuozitate.* R. Leriche spune: «*virtuozitatea se plăteşte în modificări biochimice*», înţelegînd prin aceasta că operaţia făcută numai cu scop de virtuozitate expune la apariţia şocului operator.

Calmul chirurgului este necesar conducerii operaţiei în bune condiţii. Chirurgul care-şi bruschează ajutoarele, cu sau fără motiv, întîrzie operaţia, intimidează ajutoarele, şi toate acestea în dauna sănătăţii bolnavului.

ORGANIZAREA CABINETULUI CHIRURGICAL DE LA POLICLINICĂ

Cabinetul chirurgical de la policlinică trebuie să corespundă scopului lui, şi anume: să asigure consultaţiile, micile intervenţii şi tratamentele. Cabinetul trebuie să cuprindă cel puţin trei încăperi: cabinetul medicului, sala de consultaţii şi sala de tratament. Alături de aceasta trebuie să se găsească sala pentru sterilizarea materialului de operaţie şi sala

pentru dezinfecția mîinilor chirurgului. Chirurgul trebuie să conlucreze în cadrul policlinicii cu laboratorul de analize și cel de radiologie. Prin această colaborare, el își adîncește diagnosticul și scade astfel indicele de neconcordanță. Prin colaborarea cu laboratorul face o serie de explorări preoperatorii și prin aceasta reduce timpul de spitalizare. Cabinetul de chirurgie nu este organizat în toate policlinicile după cerințele indicate mai sus: adesea, o singură cameră este aceea care servește, atît pentru consultații, cît și pentru micile intervenții. Aceasta îngreunează munca și cere, din partea medicului și a conducerii policlinicii, un puternic spirit de organizare pentru ca munca să decurgă în condiții normale.

ORGANIZAREA TERENULUI

Chirurgul nu duce o muncă efectivă de teren, în sensul aceleia pe care o duce terapeutul. Munca lui are ca scop prevenirea accidentelor de muncă și a traumatismelor. Pentru aceasta, chirurgul trebuie să meargă în întreprinderi unde să învețe procesul tehnologic. Pe baza acestei cunoașteri a procesului tehnologic organizează, în colaborare cu medicul întreprinderii, planul de prim-ajutor și se ocupă de pregătirea cadrelor G.P.A.S., al căror nivel trebuie ridicat continuu.

SARCINILE SECȚIEI DE CHIRURGIE ÎN SPITALUL UNIFICAT DE ADULȚI

Spitalului unificat de adulți îi revin sarcini diferite, după locul unde se duce munca.

Secția de chirurgie are următoarele sarcini:

a) asigură asistența curativo-profilactică de specialitate populației arondate și celei recomandate dinafara raionului;

b) asigură tratamentul cazurilor urgente, chirurgicale și traumatologice;

c) în conlucrare cu celelalte secții face depistarea activă și timpurie a bolilor chirurgicale incipiente și ia toate măsurile organizatorice pentru preîntîmpinarea accidentelor de muncă;

d) pentru cazurile limită între medicină și chirurgie, prin consult complex cu terapeutul și alți specialiști, fixează terapia care trebuie urmată;

e) organizează ridicarea neîntreruptă a cadrelor din punct de vedere tehnic și le înarmează cu bazele teoretice necesare unei neîntrerupte dezvoltări;

f) urmărește bolnavul și după terminarea tratamentului, pînă la încadrarea lui completă în muncă, sau propune schimbarea temporară a felului de muncă.

Policlinica are următoarele sarcini:

a) stabilește un diagnostic precis și timpuriu al bolii. Pentru aceasta va colabora cu terapeutul, radiologul, laboratorul și, în general, cu celelalte specialități. Procedînd astfel, va reduce indicele de neconcordanță, va evita diagnosticul incomplet, telegrafic sau neconcludent (exemplu: «tumoare abdominală», «hematurie», etc.). Medicul trebuie să se ridice la cauza bolii, să stabilească natura tumorii sau a hematuriei;

b) face explorările organismului, în cazul cînd bolnavul va fi trimis pentru operație, și *prin aceasta scade numărul zilelor de spitalizare*. I.P. Bașaratian arată că, procedînd astfel, a redus zilele de spitalizare preoperatorie de la 5,8 la 2,2. Aceasta s-a obținut printr-o studiere mai temeinică a bolnavului la policlinică. Prin stabilirea unui diagnostic timpuriu s-au redus zilele de spitalizare de la 20,2 la 11,8;

c) face toate operațiile de mică chirurgie, datorită înzestrării cu instrumentarul necesar și mai ales calificării medicului și personalului ajutător. Prin aceasta s-a obținut ca numărul operațiilor făcute în ambulatoriu și în condiții tehnice superioare să crească mult. Astfel, la spitalul orășenesc din Mariinsk, numărul operațiilor făcute în policlinică a crescut, de

la unificare, de cinci ori. La Spitalul Brîncovenesc, care este bine organizat din acest punct de vedere, numărul operațiilor de la policlinică a crescut de trei ori;

d) continuă tratamentul bolnavilor ieșiți din staționar, ceea ce reduce numărul zilelor de spitalizare și *mărește astfel cu 100% capacitatea de utilizare a paturilor, în unele spitale*.

La nivelul policlinicii se pot aplica metode terapeutice de un nivel ridicat, blocajul lombar Vișnevski, grefe de țesuturi conservate, etc. Astfel la policlinica Spitalului Brîncovenesc, I. Săbăilă a aplicat în diferite boli peste 1 000 de grefe de țesuturi conservate;

e) acordă o atenție deosebită îngrijirii chirurgicale a micilor traumatisme din cîmpul muncii, împiedicînd astfel apariția formelor complicate, ceea ce duce la evitarea incapacității de lucru temporare sau definitive sau a scăderii capacității normale de lucru.

Pe teren, secția de chirurgie are următoarele sarcini:

a) asigură examinarea bolnavilor netransportabili sau spitalizați la domiciliu;

b) în întreprinderi și ateliere organizează primul post de ajutor, se ocupă de ridicarea cadrelor G.P.A.S., verificîndu-le periodic cunoștințele, iar prin discuții și conferințe le ajută să-și ridice nivelul tehnic;

c) prin cunoașterea procesului tehnologic propune măsuri pentru prevenirea accidentelor și micilor traumatisme.

CADRELE SECȚIEI DE CHIRURGIE

Secția de chirurgie este condusă de un *chirurg, șef d secție*. El asigură conducerea calificată a staționarului, policlinicii și teritoriului, avînd responsabilitatea unică în organizarea și deservirea asistenței chirurgicale și rezolvarea în timp util a urgențelor chirurgicale în staționar, policlinică și teritoriu.

El îndrumă și controlează ca tratamentul să fie făcut pe baze științifice și la timp, ocupîndu-se de ridicarea tehnică și teoretică a tuturor cadrelor cu care conlucrează. Călăuzit de mărețul scop de a sta în slujba poporului, personalul sanitar, sub conducerea șefului de secție, trebuie să-și însușească cu perseverență și apoi să aplice în practică, în mod creator, învățătura materialistă a lui I. P. Pavlov, care reprezintă baza medicinei.

Munca îmbracă forme diferite pentru medici, personalul mediu și îngrijitori. Principalele metode de muncă cu medicii pentru studierea învățăturii lui I. P. Pavlov sînt conferințele teoretice și științifico-practice, urmate de seminarii pentru adîncirea principalelor metode pavloviste. Pentru surorile medicale există un program aparte, elaborat și aplicat potrivit cunoștințelor lor teoretice. De asemenea, se acordă o mare atenție însușirii principiilor fundamentale de aplicare a regimului de protecție, de către personalul sanitar îngrijitor.

Medicul consultant principal are următoarele sarcini:

a) ajută pe medicul-șef de secție în toată munca și-l înlocuiește în lipsă;

b) se ocupă de ridicarea calificării tehnice și teoretice a medicilor consultanți;

c) se ocupă de problemele administrativ-organizatorice ale staționarului;

d) se ocupă de ridicarea cadrelor sanitare medii și de îngrijitoare.

Medicul consultant are o activitate bifazică: jumătate din norma sa o face în staționar, iar cealaltă jumătate în policlinică. În staționar, el are în îngrijire un număr de bolnavi. Întocmește foile de observație, execută tratamentele prescrise, ajută la operații după nivelul lui de pregătire, numai cu avizul medicului primar; sub controlul acestuia execută anumite operații. Medicul consultant, pentru a învăța urgențele chirurgicale, face gărzi la staționar.

La policlinică face consultațiile chirurgicale și micile intervenții chirurgicale. Activitatea medicului consultant în specificul de muncă chirurgical a ridicat o serie de probleme și, în primul rînd, aceea a modului în care trebuie să-și ducă munca în staționar și în policlinică.

După aplicarea unificării, practica a arătat că sînt mai multe modalități pentru îndeplinirea muncii bifazice:

a) Sistemul continuu, în care medicul consultant face zilnic policlinică și staționar. Acest sistem are părți bune, dar și lipsuri. Sistemul permite o activitate continuă, atît în staționar, cît și în policlinică; are însă defectul că medicul consultant trebuie să plece din staționar în toiul muncii, nu poate intra la operații și nu poate urmări continuu bolnavii operați. Aceasta este dezavantajos, atît pentru bolnavi, cît și pentru medic. Acest sistem este cel mai frecvent folosit la noi.

b) Sistemul alternativ. În acest caz, medicii consultanți își duc munca prin rotație, fie numai în staționar, fie numai în policlinică. Munca în staționar, care este baza ridicării cadrelor, are continuitate. Medicul consultant poate urmări bolnavul de la internarea în spital pînă la vindecare și își însușește mai bine îngrijirile postoperatorii. Metoda are dezavantajul că la policlinică munca este discontinuă și bolnavul nu poate ține legătura cu medicul care l-a îngrijit. Acest sistem este aplicat în U.R.S.S. la multe spitale printre care spitalul Botkin din Moscova. La noi în țară, acest sistem este aplicat numai la spitalul I. C. Frimu. Rezultatele acestui sistem s-au concretizat printr-o rapidă ridicare a cadrelor.

Secundariatul clinic (ordinatoriul). Pentru asigurarea continuității muncii în staționar se mai găsesc medici tineri care îndeplinesc funcția de *secundari (ordinatori)*. Ei fac numai muncă de staționar și sînt ajutorii permanenți ai medicului primar. Ei se ocupă de îngrijirea bolnavilor și, în timpul cînd lipsesc medicii consultanți aplică tratamentele prescrise și ajută la operații. Ei sînt cadre în formare, precupareа lor principală fiind ridicarea nivelului lor teoretic și profesional.

În spitalele unificate clinice se mai găsesc *subordinatorii (internii)*. Aceștia sînt studenții care au terminat școlaritatea teoretică. Ei fac practica necesară înainte de a intra în producție. Ei sînt considerați studenți, iar pentru ridicarea lor profesională există cadre speciale: asistenții.

ORGANIZAREA ASISTENȚEI CHIRURGICALE DE URGENȚĂ

Secția de chirurgie trebuie să organizeze ajutorul de urgență. Urgența chirurgicală, chiar prin definirea ei, arată că operația nu îngăduie amînare și orice întîrziere este amenințată de riscul unor grave consecințe, punînd în pericol chiar viața bolnavului. Chirurgia de urgență dă rezultate bune cînd operația este executată la timp și de un personal cu înaltă calificare.

Factorul timp și calitatea operației sînt elementele de bază pe care trebuie să se axeze organizarea urgențelor. În U.R.S.S., asistența de urgență a fost astfel organizată încît J. L. Faure, după ce a vizitat țara care construia socialismul, spunea: «Am văzut multe, dar ceea ce m-a impresionat mult a fost organizarea serviciului de urgențe din Moscova. Nu se poate concepe ceva mai bine organizat. La Paris nu există un asemenea institut» (citat după Lindeman).

Prima problemă care reclamă un răspuns este în ce loc să se facă chirurgia de urgență: în spitale speciale pentru urgență sau în toate spitalele? Răspunsul este categoric: în toate spitalele. În marile orașe din U.R.S.S. — Moscova, Leningrad și altele — iar la noi în țară în București, există spitale special organizate pentru urgențe. Acestea pot fi bine organizate, au personal antrenat în diagnosticul și tehnica operațiilor de urgență, și, ca un rezultat al acestora, obțin succese mari. Cu toate aceste părți pozitive, este o greșeală de concepție cînd se afirmă că cea mai bună cale pentru ridicarea cadrelor de urgență este organizarea spitalelor specializate pentru urgențe. Concentrarea urgențelor într-un singur loc împiedică formarea cadrelor calificate medicale în problemele de urgență, la celelalte spitale. Oricît ar crește

volumul de spitalizare al urgențelor, spitalele specializate nu vor putea cuprinde toată problema. Un mare număr de cazuri vor rămîne pe mîini neexperimentate, astfel că problema urgențelor în întregul ei va prezenta o calitate scăzută. Unificarea spitalelor a rezolvat problema pusă. Fiecare spital trebuie să asigure tratarea cazurilor urgente din raionul respectiv. În acest caz mai sînt oare necesare spitalele speciale de urgență? Ele sînt necesare și trebuie să existe mai departe în marile centre, fiind în afara raionării. Funcția lor însă se schimbă, în sensul că prin experiența lor mult mai mare, prin calificarea cadrelor de care dispun, devin centre metodologice pentru formarea, specializarea și perfecționarea chirurgilor în problemele de urgență.

Ele trebuie să stabilească conduita de urmat, să recomande tehnica operatorie cea mai bună, pe care s-o adopte chirurgul de la spitalul raional; acesta prin însăși natura muncii lui de chirurgie generală nu poate avea o mare experiență în chirurgia de urgență. Așadar, urgențele trebuie rezolvate în spitalul raional, care este legat de teritoriu, unde se cunoaște specificul patologiei chirurgicale de urgență, și care poate lua măsuri organizatorice de prevenire în întreprinderi a traumatismelor generatoare de «urgențe chirurgicale».

Spitalele speciale pentru urgențe sînt necesare ca centre metodologice. Numărul lor trebuie să fie legat de nevoia calificării cadrelor și nu de numărul urgențelor. De aceea în U.R.S.S., spitalul Sklifosofski din Moscova și Institutul de urgențe din Leningrad, sînt singurele unități științifico-metodologice oficial recunoscute și care cuprind chirurgia de urgență în toată amploarea ei (V. I. Lindeman).

În acest capitol ne ocupăm numai de organizarea spitalului unificat și ne vom menține numai la principiile generale, fără a intra în organizarea serviciilor de urgență în toate formațiunile sanitare sau în situații speciale (raion rural, circumscripție rurală, oraș cu mai multe spitale, etc.). Inainte de a trece la organizarea și funcționarea spitalului unificat este necesar să răspundem la unele întrebări și să precizăm cîteva date statistice.

a) Ce este o urgență? O urgență este boala care necesită o terapie imediată. Dacă punem astfel problema, vedem că bolile care necesită o astfel de terapie sînt chirurgicale, medicale sau ginecologice. Butzinskaia, Sokolova și Ușaeva, pe baza datelor serviciului de urgență din Leningrad 1934, arată (cităm după V. I. Lindeman):

— boli medicale 44%;
— boli ginecologice 3,4%;
— boli chirurgicale 52,3%.

Dintre bolile chirurgicale, 40% sînt traumatisme și 12,3% boli chirurgicale acute (abdomen acut). În general, în toate statisticile, numărul bolnavilor care au nevoie de tratament chirurgical de urgență oscilează între 50—55%. Deci, *jumătate dintre bolnavii care necesită un tratament urgent sînt chirurgicali.*

b) Ce raport există între cazurile chirurgicale urgente și cele internate în mod obișnuit pentru operație? Aceste date statistice au o mare însemnătate practică pentru repartizarea paturilor care deservesc cazurile urgente. Datele statistice sînt variabile de la un spital la altul de la o regiune la alta și depind de diverși factori, de pildă: industrializarea regiunii, caracteristicile industrializării, aglomerațiile din orașe, accidentele de stradă, etc. Deci, nu se poate vorbi de date standard. După V. I. Lindeman, cazurile urgente ar reprezenta în medie 21%. Dacă luăm numai exemplul orașului București, în raionul Stalin (Spitalul I. C. Frimu), urgențele reprezintă 5%, în timp ce pentru raionul Tudor Vladimirescu (Spitalul Brîncovenesc) ele sînt de 22%. Aceste date statistice servesc unităților raionate pentru a stabili rezerva de paturi pentru urgențe și care, după cum se vede, este diferită pentru fiecare dintre ele.

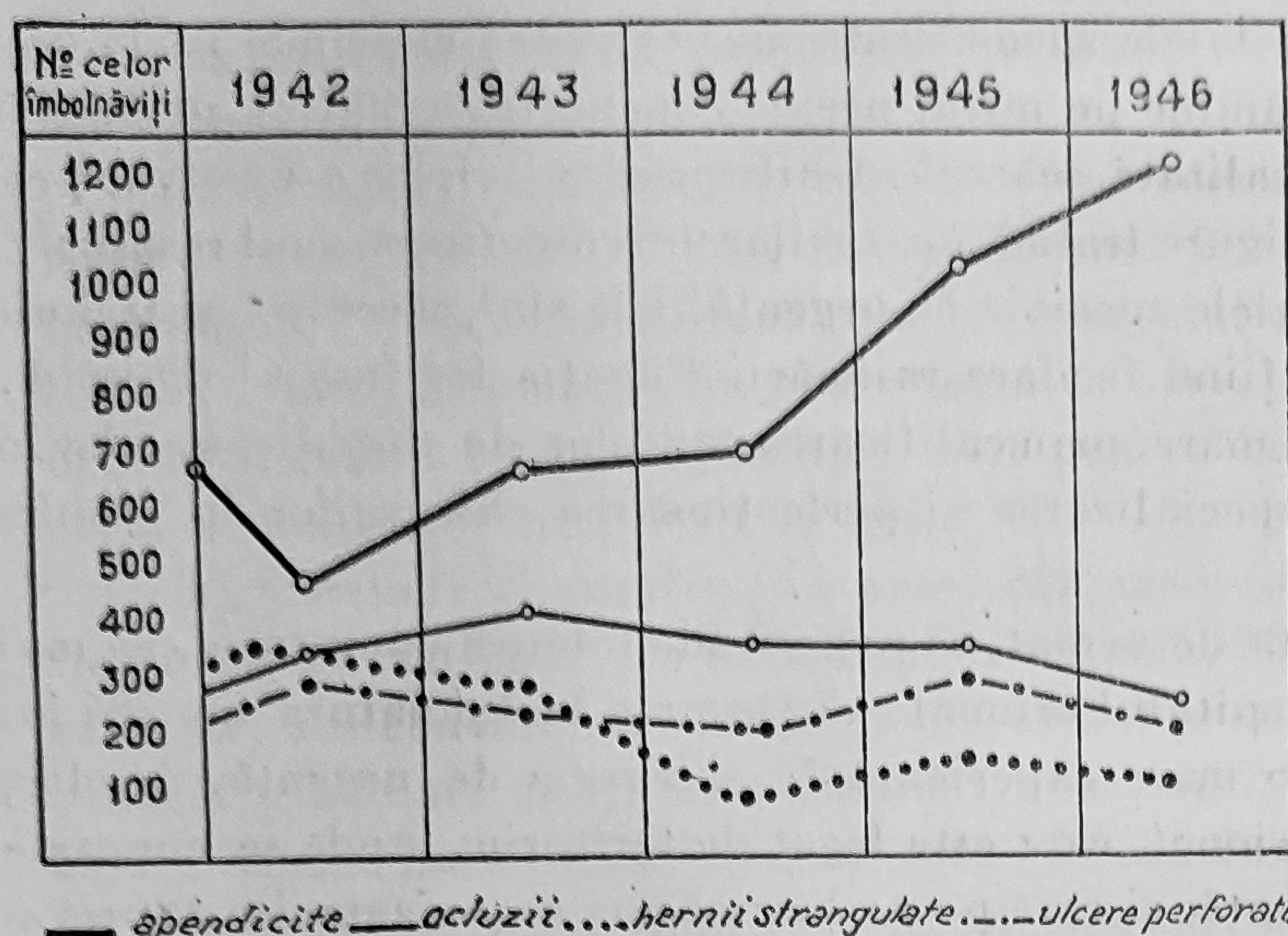


Fig. 13. — Grafic reprezentînd raportul între diferitele urgențe chirurgicale — abdomen acut — (după *V. I. Lindeman*).

c) Natura urgențelor chirurgicale. Urgențele chirurgicale se împart în două grupe mari: traumatisme și boli care cer o operație urgentă. În general, se admite pentru spitalul raional că numărul traumatismelor internate de urgență reprezintă o proporție de 20—30% (cifrele au oscilații mari în raport cu gradul de industrializare al raionului). V.I. Lindeman atrage atenția că această proporție de 20—30% reprezintă în realitate 60—70% din capacitatea de utilizare a paturilor chirurgicale din spital, deoarece durata tratamentului cazurilor urgente este cel puțin dublă față de cele obișnuite. Proporția dintre urgențele prin traumatisme și urgențele de boală este diferită. Iată cîteva exemple, după V. I. Lindeman:

Denumirea spitalului	Bolnavi chirurgicali urgenți	
	traumatizați	ceilalți
Spit. Ostroumov (Moscova)	60	40
„ Kuibîșev (Leningrad)	63	37
„ Erisman (Leningrad)	61	39
„ Gorki (județean)	55	45

d) Dintre bolile urgente netraumatice, *apendicita acută ocupă locul cel mai însemnat.* A. A. Bociarov arată că apendicita a fost și rămîne o boală chirurgicală foarte răspîndită: 1/3 din paturile din clinică sînt ocupate de bolnavi cu apendicită. Aceste date sînt valabile cu variații mari pentru toate spitalele. D. I. Anikin arată că apendicita acută reprezintă 62% din toate cazurile de abdomen acut. Graficul alăturat, întocmit după datele Institutului Sklifosovski, arată frecvența diferitelor urgențe în cadrul abdomenului acut (fig. 13).

ORGANIZAREA AJUTORULUI CHIRURGICAL URGENT

Datele statistice de mai sus trebuie luate ca bază pentru organizarea serviciului de urgență într-un spital raional. Organizarea serviciului de urgență trebuie să ducă la rezolvarea următoarelor 5 puncte: factorul timp; calitatea tehnică a operației; primirea bolnavilor urgenți; organizarea și funcționarea blocului operator; dotarea serviciului de urgență — instrumentar, transfuzii.

Rapiditatea tratamentului este principiul de bază al urgențelor. Deși factorul timp este deosebit de important, el nu trebuie înțeles în mod mecanic, ci apreciat după aspectul clinic al bolii. In cazul rănirilor, de exemplu, factorul timp se socotește după timpul de dezvoltare a infecției. În general se admite ca termen optim de intervenție șase ore de la accident. Cercetările au arătat că microbii se găsesc în ganglionii regionali chiar la 20 de minute după rănire. Întrebuințarea antibioticelor în scop profilactic a modificat timpul limită pentru tratarea unei răni. În bolile chirurgicale ale cavității peritoneale, factorul timp are un rol foarte însemnat. Aceasta reiese clar din cifrele aduse de J. J. Djanelidze (tabelul alăturat).

Ulcer gastric perforat		Apendicită acută		Hernie strangulată		Ocluzie intestinală	
timpul scurs de la începutul bolii pînă la operație	mortalitatea în %	timpul scurs de la începutul bolii pînă la operație	mortalitatea în %	timpul scurs de la începutul bolii pînă la operație	mortalitatea în %	timpul scurs de la începutul bolii pînă la operație	mortalitatea în %
6 ore	7,5	24 ore	0,6	6 ore	2,1	6 ore	15,7
6—12 ore	20,7	24—48 ore	0,8	6—12 ore	3,0	6—12 ore	28,8
12—24 »	40	peste 48 ore	5,9	12—24 »	5,8	12—24 »	23,8
24—48 »	44			24—48 »	5,5	24—48 »	42,5
peste 48 ore	100			peste 48 ore	2,5	96 ore	65,0

Datele de mai sus își păstrează valoarea numai dacă le privim în general. Practica clinică înregistrează numeroase succese chiar în afara limitelor stabilite. In secția de spital trebuie să fie luate toate măsurile organizatorice pentru ca operația să se facă în timpul optim; medicul de gardă este răspunzător de orice întîrziere, chiar dacă nu s-a depășit timpul optim. *Din punct de vedere organizatoric, factorul timp cuprinde două părți: transportul bolnavului la spital și timpul scurs de la primirea sa în spital pînă la operație.* Printr-o bună organizare a serviciului de salvare, primul timp — transportul bolnavului — poate fi efectuat rapid. Trebuie ca și în raioanele rurale transportul de urgență să fie asigurat. Al doilea timp — de la intrarea în spital pînă la operație — depinde de organizarea serviciului de gardă, a spitalului și a secției de chirurgie. Într-o anchetă făcută în regiunea Petroșani s-a arătat că, printr-o bună organizare, bolnavul din regiune ajunge în sala de operație în timp de o oră pînă la o oră și zece minute. In drumul său, de la internare și pînă în sala de operație, bolnavul trece prin mai multe etape:

a) înscrierea și întocmirea foii de observație;
b) examenul medical, diagnosticul și indicația operatorie;
c) deparazitarea și îmbăierea;
d) transportul în serviciu.

Dacă toate aceste momente decurg normal, drumul străbătut de la primire pînă în sala de operație nu poate să dureze mai mult de 30 de minute. În realitate se pot ivi deficiențe în oricare din aceste momente. Examenul medical poate fi întîrziat din cauza absenței medicului în acel moment, acesta fiind ocupat în altă parte. Lipsa brancardierilor face ca bolnavul să piardă multe minute prețioase pentru a fi transportat mai repede în serviciu sau direct în sala de operație.

Calitatea tehnică a operației *depinde de pregătirea cadrelor medicale.* Urgențele chirurgicale cer cadre de o înaltă calificare tehnică. Problema calității terapiei chirurgicale de urgență depinde de calitatea medicului. Pentru a obține aceasta, avem două căi: ridicarea cadrelor și folosirea rațională a cadrelor calificate existente. Ridicarea cadrelor chirurgicale calificate cere un lung proces de formare; acestea nu se pot forma numai prin cursuri și conferințe, ci printr-un îndelung contact cu realitatea, cu practica zilnică. Folosirea rațională a cadrelor calificate depinde de organizare.

ORGANIZAREA SERVICIULUI DE GARDĂ PENTRU URGENȚELE CHIRURGICALE

In spitalele mari, care au cadre mai numeroase, se vor organiza echipe de gardă; acestea sînt formate dintr-un chirurg cu o înaltă calificare, un chirurg mai tînăr și un ordinator sau subordinator. Echipa are soră pentru sala de operație și personalul necesar pentru primirea și transportul bolnavilor. Pe lîngă această echipă chirurgicală se găsesc radiologul și terapeutul. Serviciul de gardă durează 24 de ore.

În spitalele unde nu există decît un număr mic de cadre, șeful secției, care face de gardă la domiciliu, asigură în mod permanent serviciul de gardă pentru urgențele chirurgicale. Garda propriu-zisă o face un chirurg mai tînăr, cu experiență, dar cu posibilități limitate, care, pentru cazurile mai grave, apelează la șeful serviciului. Această formă de asigurare a urgențelor este condiționată de timpul necesar chirurgului calificat să ajungă la spital. De aceea el trebuie să locuiască în apropierea spitalului și să aibă legătură telefonică cu serviciul de gardă.

Sistemul medicilor de gardă «*specializați în această muncă*» nu a dat rezultate, deoarece ei sînt rupți de viața spitalului și nu se pot interesa de evoluția ulterioară a bolii. Operația în sine, oricît de bine ar fi executată, reprezintă numai o parte a succesului chirurgical; totul depinde de pregătirea preoperatorie și îngrijirile postoperatorii.

O problemă tot atît de importantă este aceea a surorii de gardă. Ea trebuie să aibă o pregătire polivalentă, pentru a putea da un ajutor activ. Sora de gardă trebuie să cunoască anestezia, tehnica reanimării și, la nevoie, să poată ajuta la operație. La Spitalul I. C. Frimu, unde a existat o preocupare pentru această problemă, fiecare soră știe să ajute la operație, să facă reanimare și să dea anestezie.

Redăm concluziile la care ajunge V. I. Lindeman: «Cadrele sînt hotărîtoare în organizarea chirurgiei de urgență. Cadrele necesare se antrenează și se călesc în activitatea practică de fiecare zi. Descentralizarea chirurgiei de urgență în spitalele din oraș constituie o premisă pentru educarea numărului necesar de chirurgi și prin aceasta capătă o importanță de stat. Folosirea cît mai eficace a cadrelor, organizarea gărzilor din interiorul spitalului, reprezintă soluția cea mai bună».

Primirea bolnavilor trebuie să rezolve următoarele puncte: *a*) reducerea la maximum a timpului ce se scurge de la sosirea bolnavului pînă la operație; *b)* asigurarea unei ambianțe chirurgicale cît mai eficace, în serviciul de primire.

Primirea bolnavilor chirurgicali urgenți trebuie să fie rapidă și netraumatizantă. Pe lîngă serviciul de primire trebuie să existe o sală de pansamente pentru bolnavii cu răni, din care unele pot fi tratate pe loc; în multe traumatisme, tratamentul poate să rămînă ambulatoriu.

Organizarea și funcționarea blocului operator. Mai întîi trebuie răspuns la întrebarea: care urgențe chirurgicale se tratează în sala de operație? În ceea ce privește operațiile pentru abdomenul acut, tot chirurgii le execută în sala de operație; traumatismele sînt însă tratate obișnuit în sala de pansamente, ceea ce constituie o mare greșeală. Greșeala pornește de la faptul că orice rană accidentală este socotită din principiu infectată și, ca atare, se tratează în sala de pansamente. Este greșit însă ca pentru acest motiv să adăugăm noi condiții care să permită o suprainfecție. Fracturile deschise, secțiunea accidentală de tendoane, arsurile, sînt tratate de mulți chirurgi în sala de pansamente. Experiența a arătat că în aceste condiții numărul infecțiilor este mult mai mare. Despărțirea în septic și aseptic trebuie să se mențină și în urgențe. *Toate traumatismele recente se vor trata în sala de operații aseptice; toate supurațiile ce se prezintă la serviciul de urgență se tratează în sala de pansamente sau în sălile de operații septice.* De aici decurge că pentru urgențe, ca și pentru chirurgia obișnuită, este necesar să existe săli deosebite pentru operațiile septice și cele aseptice. *In sala de operații aseptice se tratează abdomenul acut, arsurile, precum și toate traumatismele recente atunci cînd ele interesează osul, articulația, nervii, tendoanele, vasele.*

In spitalele mari există săli speciale pentru urgențe. Acestea trebuie să îndeplinească toate condițiile sălilor pentru operații aseptice. Nevoia existenței lor a reieșit din faptul că urgențele stingheresc mersul normal al sălii de operație pentru bolnavii spitalizați și planificați pentru operație. Pe lîngă serviciul de primire există săli de pansamente, unde se face triajul bolnavilor și se tratează traumatismele mai mici. În spitalele mici, unde nu există



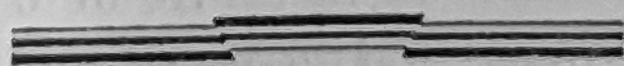
sală de operaţie proprie pentru urgenţe, sala de operaţii aseptice trebuie folosită pentru cazurile urgente.

Sala de operaţii urgente trebuie să aibă în permanenţă gata pregătit instrumentarul necesar. De obicei, sterilizarea instrumentelor se face după ce bolnavul a sosit în spital. Aceasta înseamnă o întîrziere a intervenţiei cu cel puţin o oră. Se folosesc mai multe modalităţi pentru a îndepărta acest neajuns. La unele servicii există instrumentar sterilizat, aşezat pe mese şi acoperit cu cearşafuri sterile. Acest sistem este valabil pentru serviciile unde se operează multe urgenţe, iar sterilizarea instrumentelor se face prin fierbere. La serviciile unde sterilizarea se face prin aer cald (pupinel), instrumentele sînt aşezate în cutii, pe grupe de operaţii, se sterilizează şi se ţin în pupinel. Ele pot fi păstrate fără nici un neajuns timp de 24 de ore.

Un sistem asemănător este sterilizarea instrumentelor pregătite în cutii, prin vapori de formol. Instrumentele în cutii sînt sortate pe diferite tipuri de operaţii. Cutiile trebuie să cuprindă: instrumente potrivite pentru rezecţia de stomac, instrumente pentru apendicită şi hernie, instrumente pentru operaţiile pe os.

Preluînd serviciul de urgenţă, chirurgul are sarcina de a controla situaţia sălii de operaţii, materialul şi instrumentarul, materialul pentru anestezie şi posibilităţile pentru reanimare, transfuzie, etc. Procedînd astfel, nu riscă să aibă surprize.

Dotarea serviciului de urgenţă.Transfuzia îşi găseşte indicaţiile de prim ordin în chirurgia de urgenţă. Şocul şi hemoragia pot fi oprite prin transfuzii. Tocmai de aceea problema transfuziei în chirurgia de urgenţă face parte integrantă din organizarea însăşi a urgenţelor chirurgicale. Problema practică ce trebuie rezolvată o constituie *rezerva de sînge* şi personalul calificat care s-o folosească.În spitalele unde există punct de transfuzie pentru sînge conservat, problema rezervei de sînge se reduce numai la grija de aprovizionare şi păstrarea lui în condiţii optime. Acolo unde nu există punct de transfuzie, medicul şi personalul ajutător trebuie să cunoască donatorii universali din cadrul spitalului, astfel ca, în caz de extremă nevoie, să poată folosi transfuzia directă.



DEONTOLOGIA CHIRURGULUI

Deontologia medicală se ocupă şi caută să stabilească regulile de comportare a medicului. În general ea se ocupă de:

1. relaţiile medicului cu societatea în care trăieşte;
2. relaţiile medicului cu bolnavul;
3. relaţiile dintre medici.

Rezolvarea acestor probleme este diferită, după concepţia despre viaţă şi lume a societăţii în care activează medicul.

În societatea sclavagistă, în codul Hammurabi, se stabilesc drepturile şi pedepsele chirurgului, «omul cu cuţitul de bronz», în cazul operaţiei de cataractă. Dacă operaţia reuşeşte, se spune cum va fi răsplătit; dacă ea nu reuşeşte şi bolnavul orbeşte, se va pedepsi cu tăierea miinilor, dacă bolnavul este nobil, iar dacă este sclav, va despăgubi pe stăpîn, restituindu-i preţul de cumpărare. Iată cum aceeaşi operaţie, efectuată de medic la oameni din două clase sociale diferite, avea ca urmare răspunderi diferite faţă de omul bolnav.

În societatea capitalistă, «libertatea comerţului», concretizată prin clientela particulară, este unica bază a relaţiilor dintre medic şi bolnav, iar concurenţa reprezintă raporturile dintre medici. Aceste relaţii duc, în cele din urmă, la o exploatare a oamenilor muncii. Aprecierea unui medic, în societatea capitalistă, se face după numărul şi calitatea clientelei. Cercetarea ştiinţifică, devotamentul pentru omul bolnav, calitatea muncii medicale, nu valorează nimic; totul este apreciat în «bani peşin». M. Semaşko remarcă pe bună dreptate că «ar fi desigur absolut nedrept să credem că în ţările de dincolo de hotarele Uniunii Sovietice nu ar exista medici adevăraţi, umanitari, care să-şi dea perfect de bine seama de datoria lor de doctori faţă de bolnavi. Astfel de profesori şi medici cunoaştem destui în oricare din ţările străine».

Dihotomia este o practică curentă în clientela particulară din ţările capitaliste. Aceasta se face între medici, între medici şi farmacişti, medic şi moaşă, şi aşa mai departe. Dr. P. R. Houley, directorul unui colegiu de chirurgie american, declară textul: «Nu sînt numai convins că se practică pe scară întinsă operaţii inutile cu scop comercial, dar o ştiu şi o pot dovedi. Mă refer la instituţiile medicale, unde orice operaţie se face pe baza practicii împărţirii onorariului (din «Muncitorul medical», 15/1952).

În trecut, formula «reclama este sufletul comerţului» s-a aplicat pe scară întinsă la noi şi este folosită în toate ţările capitaliste: firme medicale enorme, colorate şi luminate; reclame în ziare, agenţi de reclamă. Decretul pentru practica medicinei în R.P.R. spune: «pe firme, medicii pot indica numai titlul lor, numele şi pronumele, specialitatea şi orele de primire». Organizarea practicii medicale de astăzi înlătură dezmăţul reclamei din trecut. Pentru a pune capăt unor practici medicale incorecte, decretul reglementează şi problema medicamentului. «Medicul are dreptul de a folosi numai medicamentele admise în practică

şi numai pentru cazurile în care au fost aprobate. Orice medicament nou, pentru a fi experimentat, are nevoie de o aprobare prealabilă a Ministerului Sănătăţii».

În ţara socialismului şi în ţările de democraţie populară care au păşit pe drumul construirii socialismului, sănătatea oamenilor muncii este o grijă de bază a statului. Statul garantează ajutor medical gratuit, de bună calitate şi accesibil tuturor. Clientela particulară nu-i suprimată; decretul 212/1953 stabileşte normele practicii medicale. Ceea ce cuprinde în esenţă decretul sus-amintit este o serie de principii deontologice, după care trebuie să se conducă medicul practician pentru a ridica profesia de medic la o înaltă demnitate şi ţinută etică. Fiind vorba de sănătatea oamenilor muncii, este aboslut necesar ca statul să îndrume şi să supravegheze practica medicală particulară.

Societatea socialistă creează practicii medicale condiţii diferite de cele ale statului capitalist, astfel că este normal ca şi deontologia chirurgicală să fie alta. Exemple de medici care, plini de abnegaţie şi-au sacrificat sănătatea şi chiar viaţa, pentru o bună îngrijire a oamenilor muncii, sînt numeroase. De aceea s-a şi simţit nevoie ca decretul pentru practica medicală să stabilească: statul are grijă de medicii care îşi periclitează viaţa în timpul practicii medicale; în caz de pierdere a capacităţii de muncă sau moarte, ei şi familiile lor au dreptul la un ajutor de stat. Schimbarea orînduirii sociale a influenţat deontologia chirurgului, care este cu totul alta în statul socialist decît în cel capitalist.

RELAŢIILE MEDICULUI CU SOCIETATEA ÎN MIJLOCUL CĂREIA TRĂIEŞTE ŞI ACTIVEAZĂ

Aceste relaţii sînt comune tuturor medicilor şi, deci, şi chirurgului.

Medicul trebuie să cunoască legile de dezvoltare a societăţii omeneşti. Cunoscînd aceste legi fundamentale, el ştie în orice moment în ce direcţie se dezvoltă societatea şi datoriile lui faţă de colectivitatea care îl ajută să se formeze, să se perfecţioneze şi să-şi îmbunătăţească neîntrerupt calitatea muncii. Cunoscînd legile de dezvoltare a societăţii, însăşi munca lui devine de calitate nouă, superioară. Cunoscînd materialismul dialectic, el devine un om adevărat, legat de societate, şi un factor activ în dezvoltarea ei. Munca lui nu mai rămîne într-un cerc restrîns, limitată, fără orizont; ea capătă un scop, o perspectivă, devine conştientă şi activă. Medicul ştie că face parte integrantă din societatea în care trăieşte şi poate să-şi îndrepte munca în sprijinul societăţii, să contribuie la mersul ei înainte.

Profesia de medic este o funcţie socială. În societatea socialistă, chirurgul nu-i un simplu tehnician, un specialist bine pregătit, el este un factor activ al societăţii. Prin activitatea lui pe teren, prin cunoaşterea procesului tehnologic din întreprinderi, el sprijină oamenii muncii în însăşi munca lor, îi apără de accidente prin luarea măsurilor de protecţie a muncii. Prin educaţia sanitară îi învaţă cum să se ferească de boală şi să cunoscă valoarea tratamentului în stadiile de început ale bolii. Întărind sănătatea şi vigoarea celor ce muncesc, contribuie indirect la mărirea producţiei şi, prin aceasta, la progresul societăţii, la îmbuntăţirea condiţiilor de viaţă şi de muncă.

M e d i c u l , ca oricare cetăţean, este dator să păstreze cu grijă şi să întărească proprietatea socialistă. Medicul care lucrează în instituţii sanitare, foloseşte în munca lui aparate, instrumente şi materiale care sînt un bun al poporului, un bun social. El are datoria patriotică să păstreze şi să îngrijească aceste aparate, astfel încît să dea maximum de randament.

Medicul trebuie să contribuie cu toate mijloacele la ducerea mai departe a ştiinţei medicale şi să îmbunătăţească necontenit calitatea muncii. Progresul ştiinţei nu-i legat în mod obligatoriu numai de aparate perfecţionate. Pasteur, Vvedenski, Koch, Mecinikov, Pavlov au făcut descoperiri fundamentale în ştiinţă, folosindu-se de mijloace elementare. Ştiinţa poate progresa oriunde, chiar în unităţi cu o dotare mai modestă, cu condiţia esenţială ca medicul

şi numai pentru cazurile în care au fost aprobate. Orice medicament nou, pentru a fi experimentat, are nevoie de o aprobare prealabilă a Ministerului Sănătăţii».

În ţara socialismului şi în ţările de democraţie populară care au păşit pe drumul construirii socialismului, sănătatea oamenilor muncii este o grijă de bază a statului. Statul garantează ajutor medical gratuit, de bună calitate şi accesibil tuturor. Clientela particulară nu-i suprimată; decretul 212/1953 stabileşte normele practicii medicale. Ceea ce cuprinde în esenţă decretul sus-amintit este o serie de principii deontologice, după care trebuie să se conducă medicul practician pentru a ridica profesia de medic la o înaltă demnitate şi ţinută etică. Fiind vorba de sănătatea oamenilor muncii, este aboslut necesar ca statul să îndrume şi să supravegheze practica medicală particulară.

Societatea socialistă creează practicii medicale condiţii diferite de cele ale statului capitalist, astfel că este normal ca şi deontologia chirurgicală să fie alta. Exemple de medici care, plini de abnegaţie şi-au sacrificat sănătatea şi chiar viaţa, pentru o bună îngrijire a oamenilor muncii, sînt numeroase. De aceea s-a şi simţit nevoie ca decretul pentru practica medicală să stabilească: statul are grijă de medicii care îşi periclitează viaţa în timpul practicii medicale; în caz de pierdere a capacităţii de muncă sau moarte, ei şi familiile lor au dreptul la un ajutor de stat. Schimbarea orînduirii sociale a influenţat deontologia chirurgului, care este cu totul alta în statul socialist decît în cel capitalist.

RELAŢIILE MEDICULUI CU SOCIETATEA ÎN MIJLOCUL CĂREIA TRĂIEŞTE ŞI ACTIVEAZĂ

Aceste relaţii sînt comune tuturor medicilor şi, deci, şi chirurgului.

Medicul trebuie să cunoască legile de dezvoltare a societăţii omeneşti. Cunoscînd aceste legi fundamentale, el ştie în orice moment în ce direcţie se dezvoltă societatea şi datoriile lui faţă de colectivitatea care îl ajută să se formeze, să se perfecţioneze şi să-şi îmbunătăţească neîntrerupt calitatea muncii. Cunoscînd legile de dezvoltare a societăţii, însăşi munca lui devine de calitate nouă, superioară. Cunoscînd materialismul dialectic, el devine un om adevărat, legat de societate, şi un factor activ în dezvoltarea ei. Munca lui nu mai rămîne într-un cerc restrîns, limitată, fără orizont; ea capătă un scop, o perspectivă, devine conştientă şi activă. Medicul ştie că face parte integrantă din societatea în care trăieşte şi poate să-şi îndrepte munca în sprijinul societăţii, să contribuie la mersul ei înainte.

Profesia de medic este o funcţie socială. În societatea socialistă, chirurgul nu-i un simplu tehnician, un specialist bine pregătit, el este un factor activ al societăţii. Prin activitatea lui pe teren, prin cunoaşterea procesului tehnologic din întreprinderi, el sprijină oamenii muncii în însăşi munca lor, îi apără de accidente prin luarea măsurilor de protecţie a muncii. Prin educaţia sanitară îi învaţă cum să se ferească de boală şi să cunoscă valoarea tratamentului în stadiile de început ale bolii. Întărind sănătatea şi vigoarea celor ce muncesc, contribuie indirect la mărirea producţiei şi, prin aceasta, la progresul societăţii, la îmbuntăţirea condiţiilor de viaţă şi de muncă.

M e d i c u l , ca oricare cetăţean, este dator să păstreze cu grijă şi să întărească proprietatea socialistă. Medicul care lucrează în instituţii sanitare, foloseşte în munca lui aparate, instrumente şi materiale care sînt un bun al poporului, un bun social. El are datoria patriotică să păstreze şi să îngrijească aceste aparate, astfel încît să dea maximum de randament.

Medicul trebuie să contribuie cu toate mijloacele la ducerea mai departe a ştiinţei medicale şi să îmbunătăţească necontenit calitatea muncii. Progresul ştiinţei nu-i legat în mod obligatoriu numai de aparate perfecţionate. Pasteur, Vvedenski, Koch, Mecinikov, Pavlov au făcut descoperiri fundamentale în ştiinţă, folosindu-se de mijloace elementare. Ştiinţa poate progresa oriunde, chiar în unităţi cu o dotare mai modestă, cu condiţia esenţială ca medicul

să se devoteze ştiinţei şi să muncească pentru realizarea obiectivului său. O realizare oricît de mică, care înseamnă un progres, este o contribuţie importantă în medicină. Rutina demoralizează, ştiinţa înviorează şi dă un suport trainic medicului, dă un rost vieţii. Medicul să nu uite că descoperirile geniale, epocale, răscruci de drumuri în istoria medicinei, nu au fost făcute decît în contactul cu realitatea vie şi completate cu o muncă încordată, entuziastă şi susţinută. Învăţăturile lui I. P. Pavlov şi O. Lepeşinskaia deschid medicului posibilităţi nebănuite de cercetare ştiinţifică. Concepţia despre organism ca un tot legat inseparabil de mediul înconjurător, despre rolul scoarţei cerebrale ca element de coordonare a activităţii întregului organism, dă posibilitate medicului să facă o serie de descoperiri, verificări şi revizuiri ale vechilor concepţii reacţionare şi idealiste din medicină, care au frînat progresul ştiinţei înaintate.

Medicul trebuie să fie prin însuşi caracterul muncii sale un luptător înflăcărat pentru pace. Pacea este un bun al întregii omeniri, ea trebuie şi poate fi menţinută. Medicul, ca apărător al sănătăţii oamenilor, are datoria să apere pacea. Cu toate acestea se mai întîlnesc medici, îndeosebi în ţările capitaliste, care nu înţeleg acest comandament, legat de însăşi profesia medicală. Privind profesia de medic ca un izvor de venituri personale, ei îşi însuşesc punctul de vedere al capitaliştilor şi fabricanţilor de arme. Sînt medici care au pierdut demnitatea de om şi care pun ştiinţa lor şi descoperirile ştiinţei în general, în slujba războiului şi a fabricării armei bacteriologice. Să nu se uite procesul de la Habarovsk. O asemenea categorie de medici nu există şi nu poate exista în statul socialist.

Apărarea patriei, a cuceririlor clasei muncitoare, a realizărilor socialiste din ţara noastră, este o datorie de onoare a medicilor.

Războiul pentru Apărarea Patriei din U.R.S.S. a scos la iveală mărețe exemple de devotament patriotic al medicilor. Medicii s-au arătat a fi adevăraţi fii ai patriei lor. Avînd în faţă exemplul sublimelor acte de eroism ale medicilor sovietici, tinerii medici trebuie să se formeze în spiritul unui înalt patriotism şi al internaţionalismului proletar.

RELAŢIILE DINTRE CHIRURG ŞI BOLNAV

Am arătat care sînt relaţiile dintre medic şi bolnav în societatea capitalistă: ele se sprijină pe comerţul liber — clientela particulară — şi am văzut la ce forme de degenerare ajung în unele cazuri. În statul socialist, condiţiile sînt cu totul altele: *ajutorul medical este gratuit şi organizat de stat.* Aceasta face ca relaţiile dintre chirurg şi bolnav să fie umanitare şi de ajutor tovărăşesc. Medicul este dator să facă tot ce-i stă în putinţă pentru a da o îngrijire cît mai bună bolnavului.

Iată care trebuie să fie relaţiile dintre chirurg şi bolnav:

Atitudinea faţă de bolnav. Bolnavul, o dată internat în spital pentru operaţie, prin însăşi ideea operaţiei, grija pe care o are pentru reuşita ei, teama de durere, devine un traumatizat psihic, ceea ce duce la schimbarea reactivităţii generale a organismului. Chirurgul trebuie să înlăture această stare psihică, defavorabilă procesului de vindecare. El trebuie să se apropie de bolnav în mod prietenesc, să-i vorbească liniştit, calm, plin de optimism, să transmită bolnavului acest optimism şi să-i insufle deplină încredere în reuşita operaţiei, să discute cu bolnavul, să-i explice necesitatea operaţiei, să-i exemplifice succesele chirurgiei în boala de care suferă. Această grijă de starea morală a bolnavului să fie însoţită de toate măsurile de protecţie a scoarţei cerebrale, pe care le săvîrşeşte prin organizarea serviciului după principiile învăţăturii lui I. P. Pavlov.

Paralel cu această atitudine faţă de bolnav, chirurgul trebuie să se preocupe de reuşita operaţiei: să pună un diagnostic precis, să cunoască reactivitatea organismului pe care-l va opera, să aibă planul operaţiei bine stabilit, să stabilească anestezia care trebuie

aplicată, precum şi toate măsurile de siguranţă ce urmează a fi luate înainte, în timpul şi după operaţie.

Consimţămîntul bolnavului pentru operaţie. Articolul 16 din Legea pentru practica medicală spune: «Operaţia se poate face numai cu consimţămîntul bolnavului, iar pentru persoane sub 18 ani sau alienaţilor, cu consimţămîntul părinţilor sau al persoanei în grija căreia se găseşte bolnavul». În această privinţă nu trebuie să se facă exagerări, punînd pe oricare bolnav care vine în spital să semneze că acceptă operaţia şi riscurile ei. Intrarea bolnavului în spital este de fapt un consimţămînt pentru operaţie.

Problema «consimţămîntului» devine mai grea pentru cazurile urgente, care pun în pericol viaţa sau integritatea corporală. Legea este clară din acest punct de vedere. *Operaţia se poate face fără consimţămîntul bolnavului numai cînd acesta este în stare de inconştienţă sau cînd consultarea părinţilor ar aduce o întîrziere care ar primejdui viaţa.* În acest caz, chirurgul trebuie să facă un consult medical cu cel puţin încă un medic şi acesta să fie consemnat în foaia de observaţie împreună cu diagnosticul stabilit. Dacă consultul este legat de riscul întîrzierii, iar operaţia nu admite nici o amînare, chirurgul hotărăşte singur operaţia care trebuie făcută. În acest caz, el va încunoştinţa secţia sanitară în decurs de cel mult 24 de ore.

Se întîlnesc însă în practică unele situaţii care nu sînt analizate ca atare în lege.

Astfel, nu este legiferat ce trebuie făcut în *cazul unei urgenţe chirurgicale, în care bolnavul, conştient fiind, refuză să-şi dea consimţămîntul pentru operaţie.* Să luăm cazul concret al unei ocluzii intestinale sau unui ulcer perforat. Bolnavul refuză operaţia; durerile sînt încă suportabile, starea generală bună. Toate insistenţele pentru a-l convinge de necesitatea operaţiei nu dau rezultat. Se pierde timpul optim pentru reuşita operaţiei. Consimţămîntul tardiv pentru operaţie, dat de bolnavul ajuns într-o stare gravă, reduce considerabil posibilităţile de salvare, faţă de starea sa iniţială, cînd probabilităţile de vindecare erau mult mai mari. Asemenea situaţii sînt destul de încurcate. Legal, noi nu putem opera fără consimţămîntul bolnavului. În această problemă, mulţi chirurgi şi-au spus cuvîntul. În general se admite ca, în aceste cazuri, să se facă un consult şi să se opereze fără consimţămîntul bolnavului. Berezov spune că în toate cazurile, cu insistenţă, prin convingere, a obţinut consimţămîntul bolnavului. Gurevici, Siloviev, sînt de părere că trebuie obţinut consimţămîntul cu orice preţ, iar dacă nu se obţine, se poate opera fără consimţămînt. În concluzie, în asemenea cazuri se va căuta să se obţină prin convingere consimţămîntul şi, numai în caz de refuz categoric din partea bolnavului, se va apela la un consult medical, pe baza căruia se va opera.

O altă situaţie este aceea în care chirurgul, care are consimţămîntul bolnavului pentru o anumită operaţie, în timpul intervenţiei este nevoit să facă o altă operaţie, fie că a fost o neconcordanţă de diagnostic, fie că leziunile sînt mult mai întinse. Dacă bolnavul se află sub narcoză, trebuie oare trezit şi întrebat dacă acceptă? Are oare valoare consimţămîntul obţinut în starea de după narcoză, sau chiar în stare trează pe masa de operaţie? Este bine ca, ori de cîte ori e posibil, să procedăm astfel încît bolnavul să accepte noua operaţie. Se admite, însă, că bolnavul, prin consimţămîntul său, a arătat încredere chirurgului şi că acesta poate face ceea ce crede că e necesar reuşitei operaţiei şi vindecării bolnavului.

O altă problemă este *laparotomia exploratoare.* Această intervenţie se face în două situaţii diferite: în îndoiala unui diagnostic care cere o acţiune urgentă, chirurgicală, de care depinde viaţa bolnavului, sau, avînd un diagnostic, fără să se ştie dinainte dacă operaţia se poate face, leziunile existente putînd depăşi resursele tactice chirurgicale.

În primul caz, laparotomia fixează diagnosticul şi, dacă sînt leziuni ale organelor, se poate face operaţia necesară; dacă nu se găseşte vreo leziune care să justifice o operaţie, abdomenul se închide la loc. Cu toate progresele tehnice, cu toată experienţa acumulată de chirurgi, laparotomia rămîne o operaţie de necesitate în chirurgia abdomenului acut. I. Iacobovici repeta mereu la curs, şi pe bună dreptate: «În urgenţe şi în îndoială de diagnostic,